

Domaine santé & social

Filière de formation des infirmières et infirmiers

« Service d'urgences : L'attente dans le Box »



Réalisé par

Géraldine Seghezzi

Sous la direction de

Frédérique Nowak

Sion, Juillet 2007

Remerciements :

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé directement ou indirectement à mon mémoire de fin d'étude. J'adresse donc un grand merci à ma directrice de mémoire, madame Frédérique Nowak pour le temps qu'elle m'a accordé tout au long de la réalisation de ce travail. Egaleme nt , à monsieur Dany Mattas, Technicien radiologue chef - adjoint du service de radiologie de l'hôpital de Sierre, à Martine Riesterer, responsable du laboratoire de l'hôpital de Sierre, aux infirmiers (ères) qui ont pris la peine de répondre à mon questionnaire et à toute ma famille et mes amis qui m'ont soutenus et encouragés durant cette épreuve.

Table des matières

Table des matières.....	1
1. Introduction	3
2. Motivations.....	3
2.1. Motivations personnelles	4
2.2. Motivations professionnelles.....	5
3. Problématique.....	7
3.1. Question de recherche.....	7
4. Hypothèses	9
5. Cadre théorique	10
5.1. Rôle infirmier.....	10
5.1.1. Compétences.....	12
5.2. L'accueil, l'échelle de tri.....	16
5.2.1. Les 3 étapes de l'accueil	17
5.2.2. Définition du tri.....	18
5.3. L'information au patient.....	20
5.3.1. Processus de la communication	20
5.4. Pluridisciplinarité.....	25
5.5. Laboratoire.....	27
5.6. Radiologie.....	29
5.6.1. L'échographie	30
5.6.2. L'I.R.M	30
5.6.3. La radiographie.....	30
6. Méthodologie	32
7. Analyse	34
8. Synthèse	61
Hypothèse 1	61
Hypothèse 2	61
Hypothèse 3	62
Question de recherche	62
9. Conclusion	64
Bilan personnel.....	64

Bilan méthodologique	65
Bilan professionnel	67
10. Bibliographie.....	69
11. Annexes	71

1. Introduction

Aujourd'hui, le temps d'attente est un sujet vastement traité. En effet, plusieurs études¹ démontrent une insatisfaction² des patients due à une attente jugée comme longue ou même très longue. Le domaine de la santé s'y intéresse vivement.

Du point de vue du patient, cette attente est souvent très difficile. En effet, ces personnes sont en crise. Elle souffrent, physiquement et/ou psychiquement, et ont besoin d'être soutenues et accompagnées dans cette expérience.

Ce qui m'intéresse, à travers ce mémoire de fin d'étude, est d'identifier les facteurs qui influencent le temps d'attente des patients aux urgences et l'aspect relationnel qui gravite autour de la prise en charge infirmière aux urgences. Il s'agit de se demander ce que vit le patient pendant l'attente dans le box, quelles sont les informations qu'il reçoit et comment les obtient-il.

C'est auprès d'infirmières* travaillant aux urgences que cette recherche va tenter de déterminer les facteurs d'attente. Utilisant des apports théoriques traitant du rôle infirmier, de l'information au patient et de la pluridisciplinarité au sens large, il sera possible d'analyser les données recueillies sur le terrain et finalement de les synthétiser en répondant à la question de recherche.

2. Motivations

Dans le cadre de ma formation, plusieurs raisons m'ont orientées sur le thème des urgences, je vais développer ci-dessous mes motivations personnelles et professionnelles. Pour des raisons de simplicité, j'emploierai le terme d'infirmière au sens féminin dans mon mémoire de fin d'étude.

¹ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. Etudes et Résultats N°72, juillet 2000

² BROSSIER, Caroline. HUG. *L'attente aux urgences vécues par les patients*. 2006

*Ce qui s'entend au féminin doit être compris également au masculin.

Motivations personnelles

Avant même d'avoir débuté ma formation en soins infirmiers, les urgences me questionnaient à tout point de vue. C'est donc tout simplement que j'ai porté mon choix sur ce sujet.

Bien qu'étant une habituée, depuis mon enfance, du service des urgences vu que je souffrais régulièrement de maux d'estomac, que je faisais des otites et des angines à répétition, c'est vers huit ans que j'ai pris la première fois réellement conscience de l'endroit où mes parents m'amenaient.

Je venais de me déchirer les gencives en tombant, la tête la première, sur une balançoire. Enveloppée dans un linge qui s'imbibait de sang, ce qui me faisait pleurer aussi bien de peur que de mal, c'est dans les bras de mon papa que je suis arrivée aux urgences. L'endroit me paraissait sinistre, il y avait des odeurs étranges et inconnues, parfois désagréables.

J'avais très peur, surtout de ces personnes vêtues de blanc qui disparaissaient aussitôt après avoir appelé un nom. Un nom qui se levait pour disparaître à tout jamais, du moins dans mon esprit.

Quelques années plus tard à l'âge de 21 ans, à cause d'un problème respiratoire, c'est un autre local de ce service qui m'a laissé un souvenir désagréable. Cette fois, pas d'attente interminable. On m'a amenée directement dans une sorte de cagibi et un infirmier est venu assez rapidement pour me faire une prise de sang. Il m'a fait un électrocardiogramme sans me donner aucune explication et après quelques échanges impersonnels il est reparti en me laissant seule, pleine d'interrogations.

En face de moi une horloge. J'ai commencé par la fixer en espérant faire tourner plus rapidement les aiguilles mais celles-ci s'obstinaient à se mouvoir avec une lenteur désespérante bien qu'elles avançaient inexorablement et que personne ne venait.

On avait refusé à mon ami de m'accompagner, il devait attendre dans la salle d'attente. J'étais seule, je paniquais de plus en plus et personne ne venait. J'avais froid, les néons me brûlaient les yeux, j'aurais aimé savoir, sentir une présence rassurante mais je restais seule et je continuais à attendre.

Pourquoi ne venait-on pas me dire quand j'allais enfin voir un médecin, pourquoi personne ne prenait la peine de me dire que je devais patienter parce que l'on attendait des résultats, pourquoi a-t-on refusé à mon ami de rester près de moi durant cette attente ?

Il aurait peut-être réussi à me rassurer un peu, il aurait pu voir que je respirais encore vu que le personnel soignant semblait avoir accompli tout son devoir en m'installant sur cette espèce de chariot où j'allais finir par geler si l'attente persistait !

J'avoue que mes expériences personnelles, en tant que « patiente » et non professionnelle, m'ont laissé des souvenirs désagréables.

Motivations professionnelles

De part mon expérience personnelle, ce service m'a toujours attiré. Durant les quatre ans de formation HES, les stages dans ce milieu n'étaient organisés qu'en dernière année. Ayant eu l'opportunité de faire un stage d'observation de deux semaines et un stage pratique d'un mois, j'ai pu me rendre compte de ce qu'était réellement ce service de soins. Tout cela a conforté mon choix sur l'idée d'y travailler un jour et ainsi poursuivre la formation post-grade en soins d'urgence.

Les soignants vont vers l'inconnu avec chaque nouveau patient. Leurs maux ne sont pas encore identifiés et il faut savoir faire preuve de professionnalisme quant à son jugement clinique. Tous les symptômes présents ou décrits par le patient doivent alerter rapidement l'infirmière afin que la prise en charge puisse être efficace et de qualité et qu'elle puisse trier les vraies urgences.

*Les infirmières travaillant dans un service d'urgence sont capables de dispenser de manière autonome ou sur délégation médicale, des soins dans des situations d'évolution rapide, imprévisible et de complexité variable, où l'interaction de multiples facteurs nécessite le développement de nouvelles situations.*³

³ L. Divorne et P—F Unger, *FORMATION EN SOINS D'URGENCE POUR LES INFIRMIERES*, 58^E ANNEE, 15 Août 2000

Pour arriver à la problématique, je vais citer un exemple concret pour faciliter la compréhension du sujet.

3. Problématique

Une femme de 35 ans, accompagnée par son ami se présente aux urgences pour des douleurs abdominales. Elle est tout d'abord accueillie par une secrétaire qui va recueillir des informations administratives comme le motif de sa venue, le nom de sa caisse maladie, son adresse etc.... puis elle poursuit son chemin en salle d'attente.

Elle y attend deux heures et une infirmière vient la chercher pour l'emmener dans une pièce fermée par une porte coulissante, « le Box ».

La soignante évalue la situation, établit une brève anamnèse et repart avertir le médecin de son arrivée. Celui-ci, après une première approche, demande une prise de sang et une échographie abdominale. La jeune femme ne reçoit aucune information quant à la prise en charge future et se retrouve seule sur ce brancard, à regarder les néons lui éblouissant les yeux.

Dans cette situation deux problèmes sont visibles. En premier lieu, il y a **l'attente** de deux heures en salle d'attente mais ceci est un problème que je ne traiterai pas car ce n'est pas l'objet de ma recherche.

Le deuxième problème se présente lorsque l'infirmière repart, ayant fait les examens demandés par le médecin et ne revient plus auprès de la patiente qui attend **seule** dans son box pendant trois heures. Que fait-elle une fois qu'elle referme le rideau ou la porte coulissante qui sépare le client ?

Question de recherche

Quels sont les facteurs qui influencent le temps d'attente et les informations des patients dans le box durant lesquels ils se sentent seuls, ont froid, ont mal... ?

À travers cette question, je tente de mettre en évidence le fait que les patients doivent attendre, parfois longtemps, et surtout seuls dans le box. En effet, nous

l'avons vu dans un exemple précédemment, pendant ce temps-là, souvent personne ne vient voir le patient.

Cette question devrait me permettre de comprendre le rôle propre d'une infirmière travaillant en pluridisciplinarité aux urgences ainsi que ses compétences.

Avant de commencer à traiter les cadres de référence, il est utile de définir ce qu'est un service d'urgence.

Le service des urgences constitue la séparation entre l'intra et l'extrahospitalier. Ce service est fermé comme un sas. En effet, une porte le sépare de l'extérieur et souvent il est bien délimité au sein de l'établissement hospitalier. Ensuite, la mission des urgences consiste à accueillir, sans sélection, toute personne s'y présentant (que cela soit pour des soins somatiques ou psychiques) et à tout moment de la journée.

Je me permets de postuler que les urgences peuvent être mis en parallèle à des services de soins intensifs pour ce qui est des caractéristiques du travail qui relèvent du caractère « intensif » même.

Un article⁴ paru dans « International Journal of Nursing Studies » relate des différences du travail dans des services de soins intensifs et des services de soins non-intensifs. Une enquête a été menée dans 15 grands hôpitaux des Pays-Bas auprès des infirmières dans le but d'identifier les différences dans l'organisation de ces deux types de services, dans les caractéristiques du travail et dans les réactions psychologiques au travail. Les résultats démontraient, pour ce qui nous intéresse, que la complexité, l'incertitude et les prises d'initiatives sont plus élevées dans les services de soins intensifs, que les prises de décisions influençaient fortement la motivation intrinsèque au travail et l'autonomie qui, elle, influe également sur la motivation intrinsèque au travail.

Nous notons également que les particularités du travail dans des services de soins intensifs sont : la responsabilité des patients en état critique, l'utilisation

⁴ TUMMERS, G. VAN MERODE, G. LANDEWEERD, J. The diversity of work: differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organisation, the work and the psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing. International Journal of Studies n°39. Pergamon. 2002. p.841-855

de technologie de pointe et la nécessité de prendre des décisions rapides quant à la détérioration soudaine des patients.

4. Hypothèses

Les hypothèses prédisent une relation entre deux variables. Elles vont me permettre de répondre à la question de recherche.

Hypothèse 1

Un patient présentant des douleurs abdominales peut se retrouver à attendre la venue de l'infirmière car celle-ci s'occupe d'un patient présentant un risque pour sa vie.

Hypothèse 2

Les résultats de laboratoire prennent souvent plus d'une heure avant d'être analysés et transmis au personnel soignant.

Hypothèse 3

L'attente dépend de l'expérience du médecin, de la prescription d'une ordonnance, des résultats de laboratoire et de la venue éventuelle d'un médecin chef.

Pour réaliser mon mémoire de fin d'étude, j'ai utilisé six cadres théoriques qui vont me permettre de considérer ma recherche dans sa globalité.

5. Cadre théorique

Avant de débiter ma recherche sur différents aspects, il est important de définir le rôle propre de l'infirmière travaillant dans un service d'urgence. Pour cela, je vais utiliser les neuf compétences qui se rapporte à la formation HES et ainsi, à chaque fois, classer les éléments qui concerne ma recherche d'après un dossier concernant la formation en soins d'urgence pour les infirmières.⁵

Rôle infirmier⁶

Selon Virginia Henderson, *le rôle essentiel de l'infirmière consiste à aider l'individu malade, ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé (ou à l'assiste dans ses derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible. De plus, elle aide le malade à suivre les prescriptions thérapeutiques du médecin.*

Virginia Henderson est née le 30 novembre 1897 aux Etats-Unis. Elle poursuit sa formation d'infirmière et a obtenu son diplôme en 1921 à l'âge de 24 ans. Elle est la fondatrice des « principes fondamentaux des soins infirmiers » que l'on retrouve publiés en plusieurs langues.

Ceux-ci décrivent 14 besoins universels qui sont le besoin de :

- 1) boire et manger
- 2) respirer
- 3) éliminer
- 4) se vêtir, se dévêtir
- 5) dormir, se reposer
- 6) être propre, protéger ses téguments
- 7) communiquer avec ses semblables
- 8) se mouvoir et maintenir une bonne posture

⁵ Compétences infirmières niveau HES, document pour rapport de stage, 2007

⁶ Virginia Henderson, *principes fondamentaux des soins infirmiers*, p.4

- 9) maintenir une température dans des conditions normales
- 10) Eviter les risques
- 11) Agir selon ses croyances
- 12) Se récréer
- 13) Apprendre
- 14) S'occuper en vue de se réaliser

L'infirmière possède 5 grandes fonctions qui sont⁷ :

- 1) **Les soins** : l'infirmière prodigue des soins relatifs à l'entretien de la vie comme la toilette, aider la personne à manger, à s'habiller ou encore communiquer. Tout ce que le patient n'est plus capable de faire par lui-même. De plus, elle exerce des soins techniques généraux qui peuvent être des prises de sang, des injections, surveillance des signes vitaux, et prodigue également des soins spécialisés comme l'application de protocoles spécifiques, l'administration de médicaments au besoin ou des techniques spécifiques à un service comme de la chirurgie cardiaque ou d'hémodialyse.
- 2) **L'enseignement** : elle informe le patient sur sa santé ou sa maladie, elle aide le patient à prendre des décisions à partir des renseignements qu'elle lui a transmis. Elle peut être amenée à lui prodiguer un enseignement visant à améliorer sa santé. Pour ce faire, elle doit partir des connaissances du patient et de son état de santé.
- 3) **La pluridisciplinarité** : cette fonction permet de prendre en charge la personne dans sa globalité afin de répondre à tous ses besoins.
- 4) **La coordination** : elle fait le lien entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge d'un patient et transmet les informations nécessaires.
- 5) **La supervision** : elle supervise le personnel lors de leurs soins prodigués.

⁷ Gaëtan Morin, Soins infirmiers et société, p. 35

De plus l'infirmière a des devoirs⁸. Ils sont :

- 1) **le suivi et la surveillance des patients** : cet acte est un rôle primordial dans l'exercice du rôle infirmier. En effet, l'infirmière doit, tout au long de la prise en charge du patient, suivre son évolution. Les collaborateurs du service, comme les médecins, prennent note des transmissions de l'infirmière.
- 2) **l'exécution des ordonnances médicales** : l'infirmière doit exécuter un traitement selon ordre médical et ordonnance. Par ailleurs, si l'ordonnance n'est pas complète ou incompréhensible, elle ne doit pas l'appliquer et doit recourir à son jugement clinique et en demander les corrections. Cela demande de la compétence et de l'application.
- 3) **les actes délégués** : ces actes de nature médicale sont délégués à des infirmières. Pour ce faire, l'infirmière doit acquérir des compétences nécessaires et suivre les conditions des protocoles établis.

Je vais traiter plus spécifiquement les 9 compétences de l'infirmière en lien avec le service des urgences.

Compétences

Les neuf compétences sont⁹ :

1) Concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle

L'infirmière applique une démarche commune et systématique pour établir le degré de gravité et déterminer la priorité de soins de chaque patient, en fonction de l'état de santé.

Ex : Un patient se présente pour des douleurs abdominales, l'infirmière va prendre les paramètres vitaux, poser une série de questions précises comme,

⁸ Ibid. p.129

⁹ L. Divorne et P—F Unger, FORMATION EN SOINS D'URGENCE POUR LES INFIRMIERES, 58^E ANNEE, 15 Août 2000

l'intensité, la fréquence et la localisation de la douleur, ainsi elle va pouvoir évaluer le degré de gravité du patient.

Elle assure l'accueil, l'information du patient et de sa famille en créant une relation personnalisée.

Ex : un patient arrivant aux urgences accompagné par son épouse va être pris en charge par une infirmière, celle-ci va l'informer des examens qu'il va subir et ceux-ci terminés, elle accompagnera l'épouse auprès de son mari en l'informant de la prise en charge.

Elle prend en charge des patients de degrés d'urgence variables, en appliquant les soins spécifiques à l'urgence, selon les critères d'efficacité, de sécurité, de confort et d'économie.

Ex : L'infirmière doit être attentive à la sécurité du patient lorsqu'il arrive comme veiller à ce que le matériel ne soit pas défectueux, qu'il ne soit pas en danger, qu'il soit confortablement installé, elle ne doit pas utiliser du matériel inutile et en trop grande quantité comme, des compresses stériles ouvertes...

2) Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins

Elle doit établir des relations de soins adéquats avec les patients et proposer des solutions.

Ex : Dès l'entrée du patient, l'infirmière doit faire preuve d'un accueil chaleureux afin d'établir une relation de confiance immédiate et d'obtenir une prise en charge globale.

Elle identifie les besoins psychosociaux des patients et propose des solutions

Ex : l'infirmière prend en charge le patient dans sa globalité, c'est-à-dire au niveau biologique, spirituelle, culturelle et psychologique pour effectuer des soins de qualités.

Dans le service des urgences l'infirmière doit établir une relation de confiance au premier contact car la relation est brève. Elle doit faire preuve d'empathie, d'écoute active et ne montrer aucun jugement vis-à-vis du patient.

3) Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé

Elle établit des relations de soins adéquats avec les patients présentant des troubles du comportement au service d'urgences.

4) Evaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions

Elle adapte les nouvelles connaissances aux techniques de soins infirmiers spécifiques au service.

Ex : l'infirmière doit connaître le nouveau matériel qui se présente afin d'être efficace dans ses soins auprès du patient. Si elle ne maîtrise pas le matériel elle pourrait inquiéter le patient qui risquerait de se demander si elle est compétente.

L'infirmière doit à chaque prise en charge évaluer sa pratique, se demander si ses gestes techniques, sa relation avec le patient, sont adéquats, si elle a respecté les 5 critères de soins qui sont l'économie, l'esthétique, l'efficacité, le confort et la sécurité.

5) Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires

Elle contribue à la recherche en soins infirmiers.

L'infirmière participe aux recherches en cours et transmet les résultats lors des différents colloques du service.

Ex : l'infirmière accepte de collaborer pour la rédaction du mémoire de fin d'étude des étudiants terminant leur formation. Mais parfois, par manque de temps et une charge de travail lourde cela n'est pas possible.

6) Mener des actions de formation auprès des étudiants en soins infirmiers, des pairs et des acteurs du système socio-sanitaire

Elle assure un rôle de référence auprès de l'équipe soignante du service des urgences.

Ex : Aux urgences, des étudiants peuvent effectuer un stage pratique et l'infirmière se doit d'être présente pour les encadrer et évaluer leur pratique.

L'infirmière a pour rôle de superviser, d'encadrer les étudiants dans leur stage aux urgences. Elle doit se montrer disponible. Elle a la responsabilité de faire découvrir les locaux et leur matériel au nouveau personnel. Expliquer le fonctionnement propre du service et présenter les collègues font aussi parti de sa fonction.

7) Collaborer au fonctionnement du système de santé

Elle développe des projets en partenariat avec les différents systèmes de soins intra et extra hospitaliers pour le maintien et la promotion de la santé communautaire.

L'infirmière contribue de manière appropriée aux différents réseaux qui le composent en ayant recours aux divers professionnels de la santé. Elle fait partie d'une équipe interdisciplinaire et transmet donc les informations essentielles afin que l'équipe ait un objectif commun pour le patient

8) Participer aux démarches qualité du système socio-sanitaire

Elle promouvait la qualité des soins d'urgence sur le lieu de travail.

9) S'impliquer par son discours et ses actes, dans le développement et l'explication du rôle infirmier

Elle assure la coordination des interventions, en fonction des ressources disponibles et de l'organisation du service, afin de réduire les délais et les risques de détérioration de l'état de santé des patients.

Pour accueillir les patients qui se présentent dans un service d'urgence, la gestion du flux au service d'accueil, il existe une méthode appelée « tri ».

L'accueil, l'échelle de tri

Je vais définir l'accueil puis les principes de l'échelle de tri dans un service d'urgence.

Tout individu est accueilli un jour ou l'autre dans sa vie. Que cela soit dans sa famille, dans un groupe d'amis ou encore dans un nouvel emploi par ses collègues. Dans les soins, le patient est accueilli dès son entrée dans les portes de l'hôpital.

Le fait d'accueillir l'autre n'est pas une finalité en soi mais seulement la première phase, l'ouverture du lien social ; c'est ce dernier qui donne un sens à l'accueil. Cette phase ritualisée, voire protocolisée n'est pas sans conséquence sur la relation qu'elle inaugure.

Trois raisons sont identifiées ¹⁰:

- 1) Pour DORTIER J-F (1998)¹¹ « les rituels de salut cachent derrière leur façade, souvent artificielle, un principe fondamental qui organise la vie sociale.
- 2) Les premières impressions d'une rencontre sont déterminantes et imprègnent la mémoire affective. En situation de stress, ce phénomène est renforcé.

¹⁰ Monique FORMARIER, formateur ARSI, méthodologie, *APPROCHE DU CONCEPT D'ACCUEIL, ENTRE BANALITÉ ET COMPLEXITÉ*

¹¹ DORTIER J-F, GRANDEUR ET SERVITUDE DE LA VIE QUOTIDIENNE IN ; « SCIENCES HUMAINES », N° 88 nov. 1998 (pages 20 à 29)

- 3) Le mot accueil d'origine est puisé dans le français du 12^{ème} siècle, où le mot accueillir signifiait accompagner, être avec. Cette première définition a laissé au mot accueil une connotation particulière, comportementale, qui englobe une façon d'être et un état d'esprit basé sur la disponibilité, l'attention à l'autre, l'acceptation mutuelle de ce que l'on est.

Plusieurs prés-requis sont inscrits pour définir la phase de l'accueil.

Le premier est qu'il faut reconnaître le client comme partenaire dans la relation. C'est-à-dire que le patient et le soignant ont la même finalité qui est énoncée, ils sont liés par un contrat qui va définir clairement les rôles de chacun, ils vont bénéficier des mêmes droits et assumer les mêmes contraintes et pour finir le partenariat est situé dans un contexte précis et dans sa durée. Cependant, dans les soins, le patient ne va pas se lier avec le soignant comme partenaire car il arrive dans un moment de sa vie où il a besoin d'aide pour affronter ce qui lui arrive.

Le second est la distance relationnelle dans les soins. Le professionnel de la santé doit garder une distance envers le patient. Cela va le protéger de ses émotions, obtenir une meilleure objectivité et efficacité dans les soins. Cependant le soignant doit maîtriser la relation de l'empathie qui est la plus efficiente dans les situations d'accueil.

Celle-ci demande de se mettre à la place de l'autre, ressentir son monde intérieur. L'empathie n'est pas une attitude spontanée, elle nécessite la volonté et la capacité de contrôler ses propres réactions socio affectives afin de se rendre disponible à l'autre.... Elle est définie par deux composantes selon ABRIC (1995)

la réceptivité aux sentiments vécus par l'autre

la capacité verbale de communiquer cette compréhension.

Les 3 étapes de l'accueil

- 1) Sécuriser la personne.

Ce qui est important dans cette phase, c'est la sécurité du patient. En effet, la personne qui se présente dans un hôpital n'aura plus de repères familiers, il y aura un changement majeur dans sa vie. Les locaux ne sont pas prioritaires dans cette phase, il faut pour cela créer une relation sécurisante, laisser la place au patient, le situer dans l'interrelation pour qu'il puisse la saisir.

2) Connaître la personne.

Pour ce fait, l'infirmière va établir un recueil de données sur la personne. Cette étape peut prendre du temps, ce n'est pas une étape dans l'immédiateté. Or, dans un service d'urgence, la relation avec le patient est brève.

L'infirmière doit pouvoir identifier le comportement de la personne afin de l'aider à résoudre son problème actuel et ainsi intervenir sur sa réalité.

3) Adaptation de la personne à sa situation et à son environnement.

Cette étape est la dernière dans l'accueil. Le patient s'est adaptée au réseau, il réagit positivement au stress et il est en harmonie avec ce qui l'entoure.

L'accueil est la première prise en charge que le patient reçoit en se présentant dans un service d'urgence. Il doit tenir compte de toutes les dimensions de la personne, c'est-à-dire physique, spirituelle psychologique sociale et culturelle afin de prendre la personne dans sa globalité

Puis pour gérer le flux des patients, une échelle de tri a été mise en place dans certains hôpitaux du Valais. Son but est de permettre aux soignants de déterminer la priorité des soins et son urgence proprement parlée.

Définition du tri¹²

Selon le Larousse, trier signifie choisir certains éléments en les séparant du reste, sélectionner, repartir selon certains critères.

¹² Line Divorne, *DEMARCHE DE TRI : Outils de tri existants*, Paris, urgences 2003, SFMU-SAMU, cours supérieur infirmier.

Selon le Petit Robert, trier signifie choisir parmi d'autres extraire d'un plus grand nombre après examen, répartir en plusieurs groupes sans rien éliminer.

Aux urgences, le tri est défini comme, « un processus qui consiste à identifier, à évaluer et à classer les problèmes de santé des patients qui se présentent au service des urgences selon des critères établis. Ce processus permet de déterminer la réponse la plus appropriée à leurs besoins dans les limites temps acceptables.

Pour ce faire, chaque service d'urgence doit chaque jour, définir un responsable du tri, l'IAO (infirmière d'accueil et d'orientation).

Ce poste est important et capital pour la prise en charge du patient. Il relève d'une grande autonomie et de responsabilité. En effet, l'IAO assure le premier contact avec le patient. Des connaissances approfondies, une expérience dans les soins et de bonnes connaissances dans la communication sont fondamentales. Des études ont montré que ce premier contact dans les soins influence sur la suite de la prise en charge mais, je ne vais pas les citer.

De plus, l'IAO assure la surveillance des patients qui n'ont pas encore été vus par un médecin et réévalue la situation. Elle coordonne également la famille ou les accompagnants pour chaque situation.

Chaque patient arrivant pour un maux quelconques est évalué par l'IAO et celle-ci va donner une priorité d'urgence numérotée. Le temps d'attente va être défini selon ces degrés. Le temps que je cite vient d'un service des urgences d'un hôpital Valaisan. (L'échelle Valaisanne de triage et de gravité)

Degré 1 : 0 min d'attente

Degré 2 : 20 min d'attente

Degré 3 : 60 min d'attente

Degré 4 : 120 min d'attente

Degré 5 : 180 min d'attente

Pour un patient se présentant pour des douleurs abdominales, son degré d'urgence serait :

Digestif, Gynécologie :

Code 0505 → degré 2 (avec signes de gravité, qui serait une température élevée par exemple)

Code 0506 → degré 3 (sans signes de gravité).

Après avoir passé par le tri, la salle d'attente, le patient se retrouve dans un box pour la suite de la prise en charge. C'est à ce moment que le patient devrait recevoir des informations sur la suite des événements qui l'attendent.

L'information au patient¹³

Dans la société actuelle les informations sont diffusées de manières abondantes et de plus en plus perfectionnées. En effet, celles-ci sont diffusées par les médias, la radio, les journaux, la publicité, ou internet. Chaque individu peut obtenir ce qu'il désire à tout moment.

Dans les hôpitaux, cela est plus complexe. Plusieurs questions peuvent se poser quant à ce que désire réellement le patient, à savoir ; que faut-il lui transmettre concrètement lors de sa prise en charge, notamment aux urgences, tout en sachant que son passage est bref ? Quel type d'information donne l'infirmière au patient se trouvant aux urgences ?

Le patient se trouvant dans un hôpital doit être informé pour deux raisons. La première est d'ordre philosophique et la deuxième est une question de droit.

Pour pouvoir exercer son autonomie et sa liberté il se doit d'être informé pour pouvoir prendre les décisions qui le concernent. C'est SA vie qui est en jeu.

Informé, c'est transmettre un savoir. C'est donné des raisons et des moyens d'agir. L'information fait partie du processus de la communication¹⁴ :

Processus de la communication

¹³ Josette Bourgon, l'information du malade à l'hôpital, Ed le Centurion, 1977

¹⁴ Brochure étudiants, COMMUNICATIONS ET RELATIONS PROFESSIONNELLES, Sabrina Alberti et Christiane Grau, Hevs2, 2003, p.3

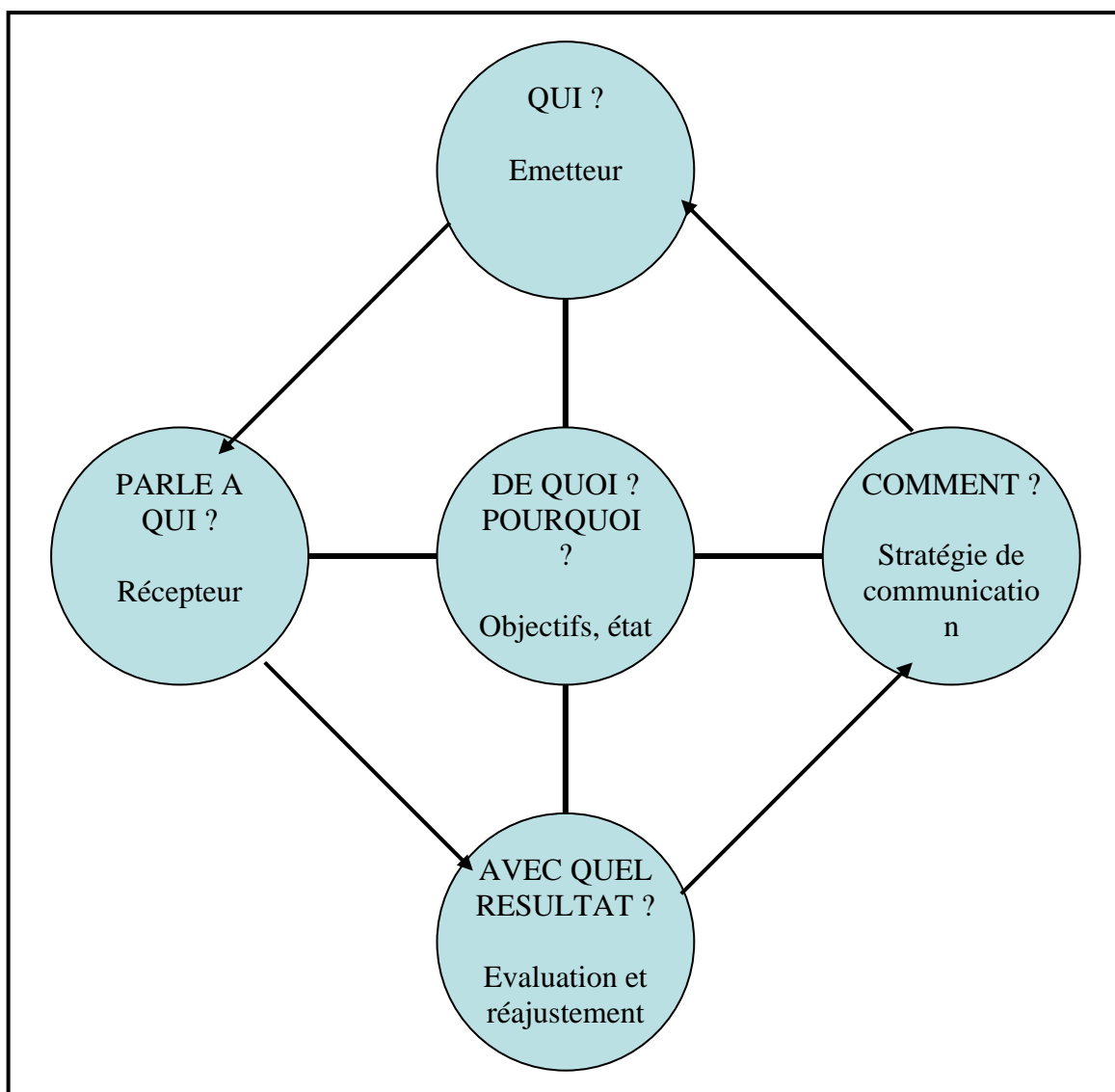


Tableau du processus de la communication

Pour obtenir une communication de qualité, il faut que l'infirmière et le patient soient chacun à leur tour émetteur (qui transmet l'information, le message) et récepteur (qui reçoit l'information). Dans la relation soignant-soigné, les informations sont capitales car le soignant en a besoin pour soigner et le patient en a besoin pour guérir. Ils collaborent fortement ensemble, ils sont en partenariat.

Or, il arrive que l'information ne soit pas transmise correctement car il y a des obstacles dans la communication entre l'émetteur et le récepteur. Ceux-ci peuvent être la différence de culture, un jugement de valeur ou encore un manque de disponibilité de la part du soignant ou du patient.

Pour bien communiquer, il faut parler, entendre, répondre, comprendre et écouter.

Dans une boucle de communication¹⁵ :

Ce qui est DIT n'est pas automatiquement ENTENDU

Ce qui est ENTENDU n'est pas automatiquement COMPRIS

Ce qui est COMPRIS n'est pas automatiquement ACCEPTE

Ce qui est ACCEPTE n'est pas automatiquement APPLIQUE

Ce qui est APPLIQUE n'est pas automatiquement MAINTENU

Nous savons que dans un service d'urgence la relation est brève. Il est important d'instaurer une communication rapide afin de prodiguer des soins de qualité et en tenant compte de la personne dans sa globalité.

La plupart des malentendus qui surviennent entre les soignants et les soignés sont liés à une carence de communication, c'est-à-dire un manque d'écoute qui prive l'infirmière d'informations essentielles comme les symptômes que le patient ressent, ou même ses interrogations actuelles sur son état de santé.

La raison majeure de cette « rencontre du silence¹⁶ » entre le malade et l'infirmière est sans doute le manque de temps

Pour revenir à l'information, celle-ci se doit d'être compréhensible et dans un vocabulaire adapté à la situation et à la personne. Elle ne doit pas être fausse, c'est-à-dire qu'avec ce que l'infirmière va donner comme information cela ne trompera pas le patient. En effet, nous savons que la vérité n'est pas toujours bonne à dire.

De plus, l'information doit répondre aux attentes du patient, à sa demande. Ne pas dire tout et n'importe quoi.

¹⁵ Brochure étudiants, COMMUNICATIONS ET RELATIONS PROFESSIONNELLES, Sabrina Alberti et Christiane Grau, Hevs2, 2003, p.5

¹⁶ Jean-Marie MANTZ et Francis WATTEL [Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné](#)

Informé implique aussi d'être capable d'assumer les conséquences de nos dires, d'accompagner le malade. Une information quelle qu'elle soit peut entraîner des réactions anxieuses.¹⁷

Je ne vais pas donner d'explications plus précises sur ce thème car cela n'est pas l'objet de ma recherche.

De plus, informer implique que le soignant a pris conscience du problème et qu'il juge nécessaire de donner les informations au patient. Cela n'est pas un acte simple à exécuter, il faut une préparation, une formation.

Cet acte demande de bonnes connaissances dans la communication, dans la relation avec la personne.

En effet, la relation s'apprend, elle n'est pas acquise dès la naissance, il faut du temps, de la préparation, car l'infirmière ne s'engage pas dans la relation avec affectivité mais avec des outils qui la rendraient opérationnelle.

Une qualité importante dans la relation avec le patient est l'écoute. L'infirmière n'est pas seulement une observatrice de la couleur de la peau, de la valeur de la prise de la tension artérielle ou encore de la plaie sur un genou par exemple, mais elle doit faire preuve d'une écoute attentive sur ce qu'exprime le malade. Il ne suffit pas seulement d'entendre des râles bronchiques ou un sifflement, il faut écouter les dires propres du patient.

Or aux urgences, il peut se présenter des instants où le personnel est surchargé, où une urgence de degré 1 se présente et tout le personnel se précipite pour une réanimation. Le patient de degré 3, installé sur un brancard ne peut comprendre réellement pour quelles raisons l'infirmière repart urgemment.

L'information est donc capitale.

Dans notre formation, il existe des cours sur les techniques de communication, sur les bases des entretiens avec les patients, mais je ne vais pas les citer en profondeur car cela n'est pas l'objet de ma recherche.

De plus dans la formation post-grade en soins d'urgences un des modules s'intitule¹⁸ :

¹⁷ Josette Bourgon, l'information du malade à l'hôpital, Ed le Centurion, 1977, p 96

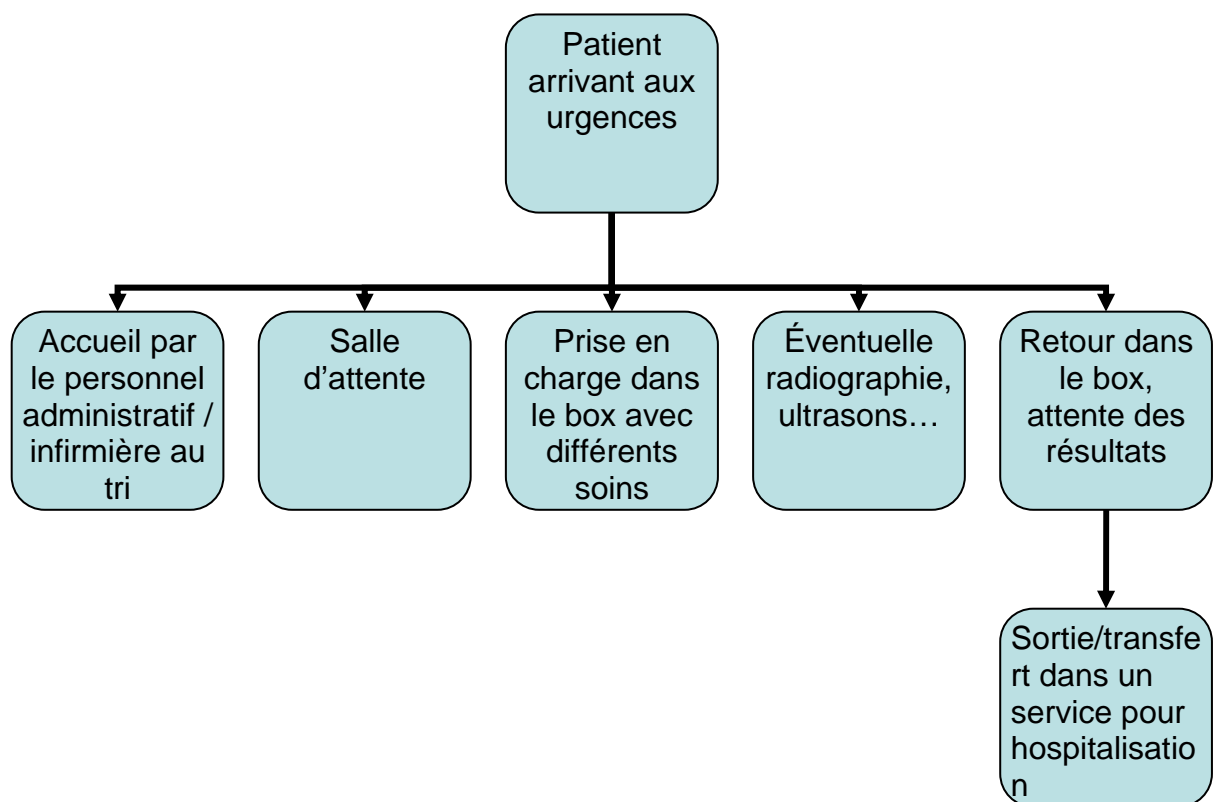
« Communiquer, oui mais pas seulement virtuellement »

La compétence touchée est : « maîtriser la communication fonctionnelle et thérapeutique avec des individus et des groupes dans un contexte donné, utiliser les moyens et les ressources cliniques, para-cliniques et matérielles pour optimiser la communication »

L'infirmière se forme tout au long de sa formation pour obtenir les compétences nécessaires et ainsi communiquer de manière adéquate et efficace auprès du patient.

L'être humain communique¹⁹ pour se découvrir, pour découvrir le monde qui l'entoure, pour partager le monde avec les autres, pour persuader ou influencer les autres et enfin pour s'amuser, pour se détendre et pour se distraire.

De plus, le patient se présentant aux urgences va subir un chemin bien particulier. Je vais le citer brièvement :



¹⁸ Hevs2, Soins aigus 2, soins d'urgence, de la globalité à la spécificité du rôle professionnel attendu en soins d'urgence, cours postgrade janvier à décembre 2007

¹⁹ Myers, les bases de la communication humaine, 2^e édition, P. 2 – 3

Explications selon mon expérience pratique concrète aux urgences :

Le patient arrivant à l'hôpital, se présente au service des urgences. Il va être accueilli par une infirmière (de tri ou non) ou par du personnel administratif (secrétaire). La prise en charge sera quelque peu différente suivant l'accueil.

Secrétaire → données administratives (nom, prénom, assurance..) et motif d'hospitalisation, transfert en salle d'attente.

I.O.A → première prise en charge soignante, observation de l'infirmière, recueil de données symptomatiques, prise des paramètres, évaluation de la situation, transfert auprès du personnel administratif pour données citées ci-dessus, puis en salle d'attente.

Le patient est installé dans le box du service des urgences pour la suite de la prise en charge.

Pluridisciplinarité

Lors de sa prise en charge, le patient rencontre directement ou indirectement différents professionnels de la santé. En effet, les urgences regroupent différents corps de métiers (infirmières, médecins, radiologue, laborantins....) C'est ce qu'on appelle une équipe pluridisciplinaire.

Il me paraît judicieux de définir les termes équipe et pluridisciplinaire.

Equipe :²⁰

Groupe plus ou moins structuré ayant une finalité commune. La finalité est un travail fait en commun.

Pluridisciplinaire :²¹

Où sont représentées plusieurs disciplines, plusieurs domaines de recherche.

²⁰ 2=<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/%C3%A9quipe>

²¹ 2=<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/pluridisciplinaire>

Collaborer dans une équipe pluridisciplinaire demande certaines qualités comme :

- Reconnaître nos propres limites des compétences
- respecter les différents points de vue des autres collaborateurs et leurs compétences propres afin d'établir un échange enrichissant et constructif.

Selon le petit Larousse, la discipline est un ensemble de règles, d'obligations qui régissent certains corps ou collectivités.

Cette approche multidisciplinaire (ou pluridisciplinaire) consiste à former plusieurs actions en communs de plusieurs spécialistes vers un même objectif.

Dans un service d'urgence, il y a plusieurs approches. En effet, les soignants peuvent travailler sans se rencontrer, ils travaillent en parallèle → juxta-disciplinarité, ou de manière soudée en utilisant les uns et les autres, les objectifs, les concepts des uns et des autres → interdisciplinarité.

Pour que cette approche fonctionne, il y a 3 conditions :

- 1) Plusieurs disciplines doivent se côtoyer
- 2) Les disciplines doivent se compléter
- 3) Elles doivent travailler en équipe.

Pour collaborer efficacement dans une équipe pluridisciplinaire, il est important d'acquérir certaines notions de bases sur les différents métiers avec lesquels nous travaillons.

Arrive ensuite les examens demandés par le médecin. Pour des raisons de temps je vais me cibler uniquement sur l'examen de laboratoire et de radiologie. Pour obtenir les informations nécessaires il m'a fallu obtenir un rendez-vous

avec Martine Riesterer, responsable du laboratoire de l'hôpital de Sierre pour un bref entretien exploratoire.

Laboratoire

Un patient qui présente des douleurs abdominales va subir des examens de laboratoires spécifiques. La plupart du temps, un profil médecine est demandé. Cet examen comprend :

- l'hémogramme
- la répartition leucocytaire
- la vitesse de sédimentation
- le temps de thromboplastine
- les D-Dimmères
- Na⁺
- K⁺
- L'amylase
- ASAT-ALAT
- Ck-Mb
- Gamma GT
- La lipase
- Phosphatase alcaline
- Cholestérol total
- La bilirubine totale
- La créatinine
- Le glucose
- L'urée
- Urates
- CRP

Tous les éléments cités ci-dessus ne sont pas tous forcément analysés pour des douleurs abdominales.

L'infirmière qui aura fait la prise de sang va ensuite l'envoyer au laboratoire pour obtenir les résultats sanguins. Cela va prendre du temps, environ une heure, pour que ces résultats soient transmis à l'équipe médicale.

Plusieurs raisons sont en cause :

Après un entretien avec Martine Riesterer, responsable du laboratoire de l'hôpital de Sierre, je vais définir brièvement les liens avec le service des urgences.

L'équipe se compose d'environ 4 personnes le matin, 3 personnes l'après-midi au maximum et une seule personne la nuit.

Les examens demandés aux urgences comme prise de sang, prélèvements urinaires ou expectorations sont directement envoyés par pneumatique jusqu'au laboratoire.

Une fois arrivé, le pneumatique sonne et une alarme se met en marche. Le service en possède deux. Lorsque cela provient des urgences, l'alarme de gauche clignote. La droite concerne les autres services. La personne qui prend la cartouche l'enregistre directement dans l'ordinateur et la feuille d'analyse est ensuite mise au milieu du service et traitée en priorité par l'équipe.

Les tubes sont généralement mis en centrifugeuse directement. L'examen pour la chimie prend une vingtaine de minutes. Cela peut prendre plus de temps si la centrifugeuse n'est pas libre à ce moment là.

Pour une vitesse de sédimentation ou pour les D-Dimères par exemple, cela prend environ une heure.

Il y a une différence pour traiter l'analyse entre le matin et la nuit. En effet le matin, le laboratoire reçoit tous les examens de l'hôpital. La nuit, par contre, l'analyse est rapide du fait qu'il n'y a en général que les urgences qui demande un examen.

Les erreurs du personnel soignant font également retarder l'arrivée des résultats d'analyse. Un tube mal étiqueté, une feuille de labo mal remplie, oblige le soignant à repiquer le patient. Une réglementation, que je ne vais que citer, oblige le personnel des laboratoires à redemander de nouveaux tubes ou une nouvelle feuille.

Une échographie abdominale ou une radiographie est envisagée par la suite. Nous savons que tout hôpital possède un service de radiologie, mais les rendez-vous des patients ne sont pas uniquement pour le service des urgences, d'autres personnes peuvent subir cet examen. Alors comment est organisé ce service pour prioriser les urgences ?

Radiologie

Suite à un bref entretien du 25 avril 2007 avec Monsieur Dany Matas, Technicien radiologue chef adjoint, du service de radiologie de l'hôpital de Sierre, je vais décrire le service de radiologie en lien avec les urgences.

Ce service comprend :

- une salle principale pour les urgences
- une salle IRM
- une salle pour tout ce qui concerne le digestif
- une salle pour les mammographies
- deux salles osseuses
- un scanner
- 2 salles pour les ultrasons

Dans la journée, le personnel se situe à 10, 5 EPT, donc environ sept à huit personnes dans la journée, dont une seule personne pour la nuit.

Les patients se trouvant aux urgences et nécessitant un examen radiologique sont prioritaires. Les « gros cas » sont généralement transférés à l'hôpital de Sion, comme une fracture qu'il faut tout de suite opérer.

Un examen radiologique simple, comme une radio de l'abdomen ou du thorax prend généralement quinze minutes. Le patient se fait ramener dans son box par le radiologue et celui-ci prévient le personnel infirmier que l'examen a été exécuté. Le médecin en est averti soit directement soit par appel téléphonique.

Dany Matas évoque qu'il y a une parfaite collaboration avec le service des urgences.

Je vais expliquer en quelques mots différents examens que l'on rencontre dans un service de radiologie.

L'échographie²²

L'échographie est basée sur des ultrasons. Une sonde envoie un faisceau d'ultrasons dans la zone du corps à explorer.

L'I.R.M

L'imagerie par résonance magnétique permet d'analyser à distance des organes de manière très précise. Cette technique permet de visualiser des détails invisibles sur les radiographies standards, l'échographie ou les scanners. Schématiquement, cette technique utilise un gros aimant et analyse la réaction des différents tissus du corps à ces champs magnétiques. Les données recueillies sont ensuite traitées informatiquement et la zone étudiée peut être restituée en deux ou trois dimensions.

Cet examen est bruyant et il dure environ une vingtaine de minutes.

La radiographie

Cet examen utilise les rayons X. Il a été découvert il y a plus d'un siècle.

L'appareil se compose d'un bras articulé muni d'un tube à rayons X et d'une plaque contenant le film.

Son principe consiste à impressionner sur un film radiographique les différences de densité des tissus radiographiés. Le film sera plus ou moins noirci selon les structures rencontrées. Les os apparaîtront blancs, les tissus mous seront dans différents tons de gris et l'air sera blanc.

²² Page web : http://www.doctissimo.fr/html/santé/imagerie_sommaire.htm

Cet examen est indolore et aucune préparation n'est nécessaire. Il faut avertir le radiologue si il y a un risque éventuel d'être enceinte en raisons des rayons X qui peuvent traverser la barrière placentaire.

6. Méthodologie

Pour procéder à un bon recueil de données à ma recherche, plusieurs outils ont été proposés tels que les questionnaires, les entretiens ou une grille d'observation. Pour mon mémoire de fin d'étude, je me suis basée essentiellement sur les questionnaires.

Dans un premier temps mon choix se portait entre les entretiens et les questionnaires. Les deux sont des bons moyens de recueil de données mais le questionnaire offre une diversité d'individus plus grande au niveau quantitatif. Cependant les entretiens offrent des réponses plus précises et plus riches et permettent d'obtenir des données auxquelles je n'y aurai certainement pas pensé en faisant les questionnaires.

Le choix de la distribution des questionnaires restait dans le canton du Valais. J'ai tout d'abord pris contact par E-mail avec les directeurs des soins infirmiers des hôpitaux de Sierre, Sion, Martigny et Monthey, puis avec les I.C.U.S des services des urgences des hôpitaux cités ci-dessus, en envoyant une lettre explicative.

Ayant reçu deux refus dans deux hôpitaux, j'ai repensé la pertinence des services d'urgences en Valais et me suis centrée sur les hôpitaux de même catégorie. J'ai donc pris contact avec le service des urgences de Montreux et Vevey afin d'obtenir un accord pour envoyer d'autres questionnaires. Ceux-ci m'ont répondu positivement.

Pour l'élaboration du questionnaire, j'ai dans un premier temps sorti des mots-clés par rapport au thème de ma recherche en tenant compte de mes hypothèses et de mes cadres de références. J'ai classé mes questions dans différentes catégories (L'expérience professionnelle, l'équipe soignante, le service des urgences / prise en charge et pour finir le contact soignant-soigné / information).

- Une première correction a été effectuée et après diverses modifications, il m'a fallu exécuter un pré-test auprès d'une infirmière travaillant dans un service d'urgence et auprès de ma directrice de mémoire. Ayant les

éléments nécessaires pour la réalisation de mon questionnaire²³, je les ai envoyé dans les différents services des urgences de Sierre, Martigny, Montreux et Vevey.

²³ Annexe : questionnaire

7. Analyse

Selon le Petit Robert, l'analyse est une « *Opération intellectuelle consistant à décomposer une œuvre, un texte en ses éléments essentiels, afin d'en saisir les rapports et de donner un schéma de l'ensemble* »²⁴.

Cette partie va me permettre de répondre à mes différentes hypothèses. Je vais développer l'analyse en reprenant tous les résultats obtenus lors du retour de mes questionnaires.

Question : SEXE

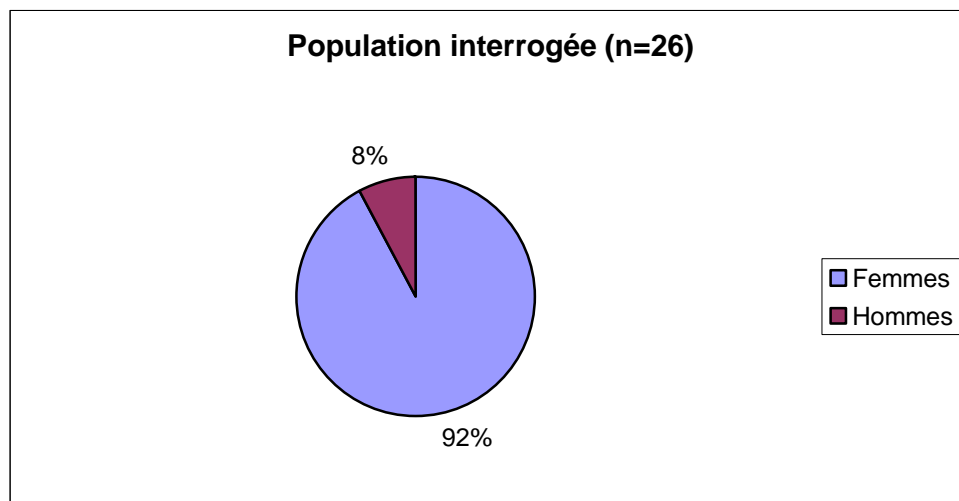


Tableau 1 : type d'individus interrogés

Descriptif :

Sur 75 questionnaires envoyés, 26 sont revenus. Je remarque que les hommes sont en minorité dans les services d'urgences. 2 hommes (8%) contre 24 femmes (92%) au niveau du personnel infirmier.

Interprétatif :

Lorsque j'ai posé cette question, je pensais que le sexe aurait un impact dans la prise en charge du client au niveau relationnel. En effet, le soignant de sexe

²⁴ Dictionnaire *Le petit Robert*. Paris : 1986. p.64

féminin peut avoir une connotation de « mère », qui est douce, à l'écoute, maternante et que l'homme à un rôle de « père », donnant l'aspect de dureté, de lois et de sévérité. Cette donnée ne donne aucune réponse à mes hypothèses.

Question : AGE

Descriptif :

Dans le retour des questionnaires, 24 personnes sur 26 ont répondu à cette question. L'âge se situe entre 25 ans et 58 ans.

Interprétatif :

En réalisant mon questionnaire, je pensais que l'âge me donnerait des indications pour la recherche de mon mémoire de fin d'étude. Au début, je me disais que si l'infirmière avait un certain âge cela jouerait sur sa maturité et son expérience à faire face aux différentes situations rencontrées dans un service d'urgence. Je me rends compte que cette question m'apporte peu pour l'analyse. En effet, ce n'est pas parce qu'une infirmière a 45 ans qu'elle aura des années d'expérience, elle peut être fraîchement diplômée, toutefois en ayant tout de même une maturité différente à une infirmière de 25 ans.

1. Expérience Professionnelle :

Question 1.1 : En quelle année avez-vous obtenu le diplôme en soins infirmiers ?

Descriptif :

Sur les 26 personnes interrogées, toutes ont répondu à cette question. Il ressort que les dates d'obtention du diplôme se situent entre 1972 et 2003.

Interprétatif :

Avec ces résultats, je constate qu'il y a, dans la pratique infirmière, une évolution dans le rôle infirmier²⁵

Le soin infirmier comporte deux champs distincts d'application :

- 1) le traditionnel où les infirmières EXECUTENT les prescriptions médicales. Par exemple l'administration d'un médicament, l'ablation d'un drain, ou la pose d'une sonde naso-gastrique)
- 2) le rôle propre où l'infirmière apporte son savoir et son rôle autonome. Par exemple, les observations d'une plaie, les transmissions écrites et orales, l'organisation des priorités dans le service ou les techniques de communications en cas de situation de crise.

La communication fait partie du rôle propre de l'infirmière. De ce fait, elle doit également évoluer dans la pratique des soignants.

Le rôle propre est une pratique nouvelle dans les soins infirmiers. Elle est différemment appliquée dans les milieux de soin pour plusieurs raisons :

- son émergence et sa reconnaissance récentes ont surpris bon nombre de professionnels peu armés au niveau de la théorie
- les infirmières ont des diplômes distincts et de ce fait ont subi des changements en matière de formation.

Cependant, ces résultats ne répondent pas aux hypothèses que j'ai émis mais m'ont ouvert de nouvelles connaissances quant à l'évolution des soins infirmiers.

²⁵ Jean-Claude ABRIC, Pratiques sociales et représentations, p.24

Question 1.2 : Depuis combien de temps travaillez-vous dans le service des urgences ?

Descriptif :

Dans les réponses obtenues, 5 infirmières travaillent depuis moins d' 1 ans, 2 depuis un an, 7 depuis environ 2ans. 4 depuis plus de 2 ans et 8 personnes y travaillent depuis plus de 7 ans.

Interprétatif :

Cette question ne me permet pas de traiter les hypothèses. Cependant elle pourrait intervenir dans un autre sujet ou cadre de référence qui serait les motivations. C'est pourquoi je n'irai pas plus loin dans l'analyse.

Question 1.3 : dans quel(s) services avez-vous travaillé avant les urgences ?

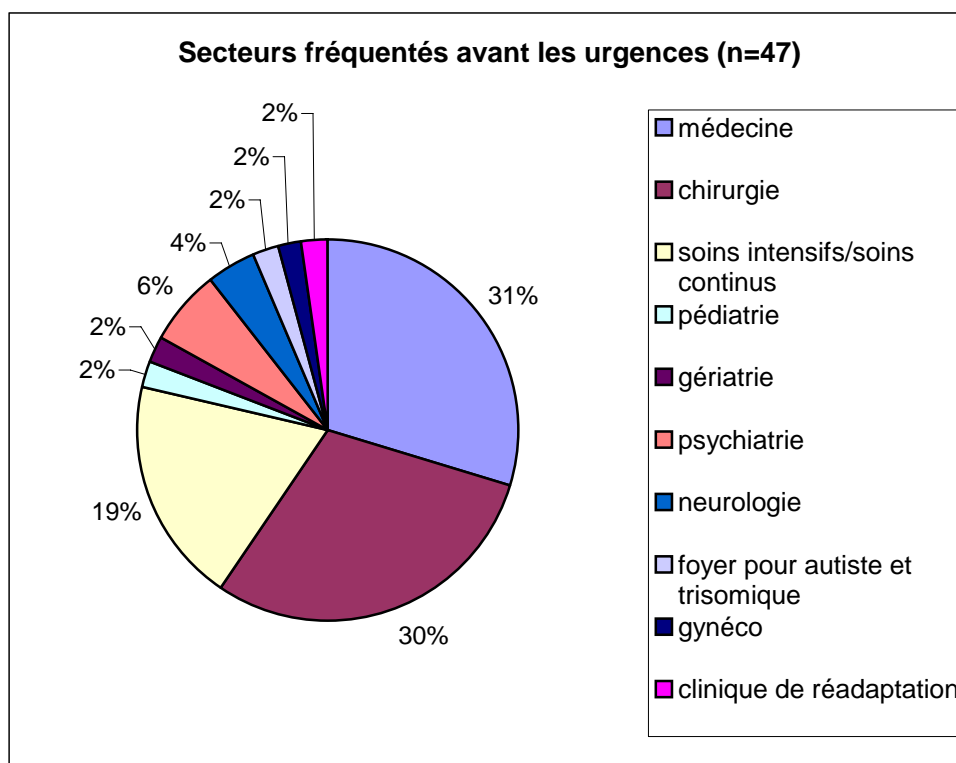


Tableau 2 : type de services fréquentés avant le service des urgences

Descriptif :

Nous pouvons constater dans ce graphique que les services fréquentés le plus couramment par les infirmières sont le service de médecine et celui de chirurgie. Suit le service des soins intensifs. Dans le questionnaire, je constate un nombre minime d'infirmières ayant travaillé uniquement dans un seul service avant de commencer aux urgences.

Interprétatif :

Dans un service d'urgence, il est important de pouvoir rapidement déceler les problèmes prioritaires chez les patients s'y présentant. L'infirmière aux urgences a recours au jugement clinique et à la mobilisation de ses savoirs pour analyser les situations et agir en conséquence le plus rapidement possible. La diversité des pathologies rencontrées fait que l'infirmière doit posséder des connaissances en anatomie et physiopathologie. Elle doit faire preuve de savoir par ses connaissances, de savoir être par son aptitude à écouter, à être empathique et de savoir faire par les différents soins techniques.

En effet, l'infirmière doit acquérir une dextérité dans les soins techniques afin de les maîtriser en cas de situations urgentes. De plus, elle doit être capable d'assurer l'accueil, l'information du patient et de sa famille en créant une relation personnalisée.

Les principaux services qui offrent cette possibilité sont le service de médecine par sa diversité de pathologies rencontrées et des différents gestes techniques et de chirurgie

Ayant l'envie de travailler dans un service d'urgence et ayant eu l'occasion de faire un stage pratique, la responsable de ce service m'a conseillé de travailler quelque temps dans un service de médecine afin de développer mon jugement clinique et d'approfondir mes connaissances au niveau de la physiopathologie. Cela me permettrait de recourir à un jugement clinique rapide quant aux situations rencontrées aux urgences.

En effet, un patient présentant des douleurs abdominales de type gastroentérite et vomissant sera différemment pris en charge qu'un patient ayant également

des douleurs abdominales et présentant un abdomen dur avec une température élevée. Seul les connaissances en anatomo phsysio pathologies permettent de reconnaître ces différents symptômes et ainsi pouvoir les transmettre de manière claire et précise.

L'expérience professionnelle de l'infirmière peut également influencer sur le temps d'attente du patient.

Question 1.4 : Avez-vous suivi la formation post-grade en soins d'urgences ? Si oui ; année d'obtention du certificat ?

Descriptif :

Sur les 26 personnes ayant répondu au questionnaire, 6 personnes ont suivi la formation post-grade en soins d'urgence, ce qui correspond à 23% donc 1 personne sur 4.

Interprétatif :

Je constate avec ces résultats que 1 personne sur 4 travaillant dans un service d'urgence suit la formation post-grade en soins d'urgence. Dans cette formation qui dure deux ans, des cours spécifiques sont donnés, notamment sur les cours de communication. Le titre s'intitule « communiquer : oui mais pas seulement virtuellement. ». En effet, la communication est un outil dans la prise en charge du patient. Elle doit pouvoir transmettre des informations claires et répondant aux attentes et aux besoins du patient.

Dans un service d'urgence, la relation s'établit grâce à la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale. Elle est brève du fait que le patient ne reste que très peu de temps dans le service en comparaison à un service de chirurgie ou de médecine en général. L'infirmière doit pouvoir poser les questions de manière précise et claire afin de pouvoir cerner les problèmes prioritaires chez le client.

Les compétences de l'infirmière travaillant dans un service d'urgence s'acquièrent avec l'expérience mais surtout avec les compétences approfondies dans les cours proposés dans la formation post-grade.

2. Equipe soignante :

Question 2.1 : De combien d'infirmiers (ères) se composent votre équipe ?

Descriptif :

Dans le dépouillement des 26 questionnaires, 24 ont répondu. Il apparaît qu'il y a une moyenne de 19 infirmières par service d'urgence.

Interprétatif :

Avec les résultats obtenus je ne peux répondre à mes hypothèses. De plus, je devrais faire une analyse comparative entre les différents services interrogés afin de comptabiliser le quota d'infirmière au niveau de leur pourcentage de travail mensuel. Cela ne touche pas directement mon travail de recherche.

Question 2.2 : dans une journée de 24H (excepté le week-end) de combien de soignants l'équipe compte-elle ?

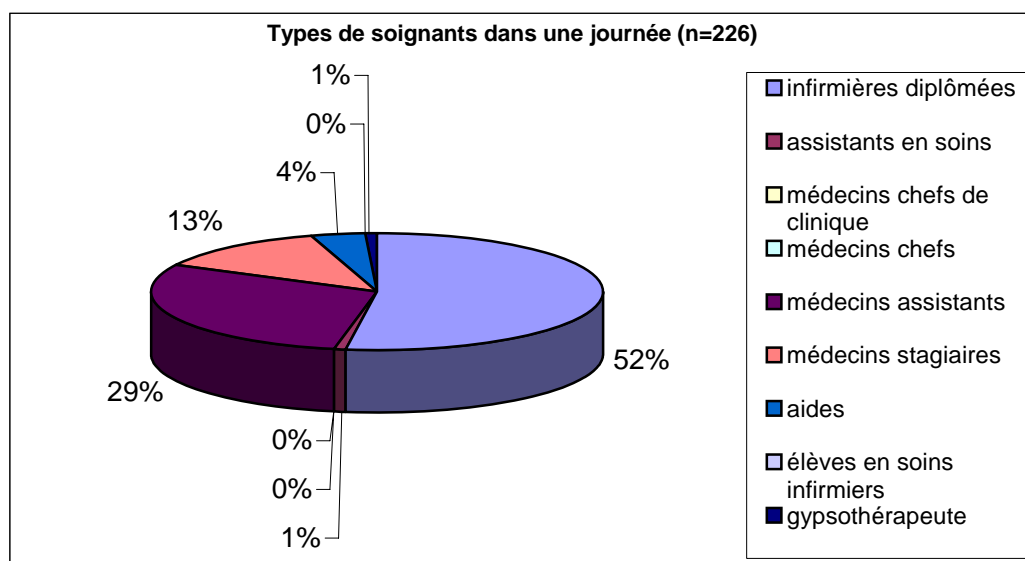


Tableau 3 : classification des différents soignants dans une journée de 24H

Descriptif :

Pour cette question, plusieurs réponses étaient demandées, ce qui explique le nombre élevé de réponses.

Les principaux soignants rencontrés dans une équipe complète aux urgences sont majoritairement les infirmières et les médecins assistants. Dans les questionnaires j'ai constaté que les médecins chefs étaient, dans la plupart des cas, présents sur appel. Très peu d'assistants en soins sont présents dans les services, cela correspond à 2 répondus sur 24 questionnaires.

Interprétatif :

Cette donnée m'est utile car les différents corps de métiers présents dans un service d'urgence font partie de l'équipe pluridisciplinaire. Chaque soignant est utile au bon fonctionnement des urgences.

J'affirme mon hypothèse 3 en notant que l'attente du patient dans le box dépend de la présence d'un médecin chef présent directement sur place. Dans la plupart des questionnaires, il est relevé que ces médecins sont présents seulement sur appel. Cela justifie le temps d'attente. En effet, le médecin assistant qui a pris en charge un client et qui a un doute quant au diagnostic ou sur une prescription médicale devra appeler le médecin chef. Cela risque de prendre un certain temps car, suivant le cas, il devra se déplacer directement pour voir le client.

De plus, le fait d'avoir des médecins stagiaires dans les services est bénéfique pour leur apprentissage. Cependant cela risque également d'augmenter le temps d'attente du client. Un médecin stagiaire qui effectue un stage dans le service des urgences, va prendre en charge différentes situations. Pour certains cas, il devra faire appel au médecin diplômé car il doutera de son diagnostic médical ou pour la prescription d'une ordonnance. En effet, un médecin stagiaire travaille sous délégation du médecin diplômé et sous sa responsabilité. Tout comme une étudiante en soins infirmiers qui travaille sous la responsabilité d'une infirmière diplômée.

3. Service des urgences, prise en charge :

Question 3.1 : Qui reçoit en premier les personnes se présentant aux urgences un jour de la semaine ?

Descriptif :

Deux choix de réponses étaient proposés : le personnel administratif ou une infirmière. Et un champ libre pour une autre réponse.

Toutes les personnes qui ont répondu au questionnaire, soit 26, ont répondu que le personnel administratif accueillait les personnes se présentant aux urgences.

Interprétatif :

La question posée et les réponses obtenues ne me permettent pas de répondre directement à mes hypothèses décrites précédemment. Cependant je pourrais analyser de manière différente cette question.

En effet, est-ce que le fait d'être accueilli par du personnel administratif modifie la prise en charge du client se présentant aux urgences que plutôt par des infirmières ?

Cela met en lien la question suivante sur le concept du tri.

Question 3.2 : Existe-t-il un concept de tri dans votre service ?

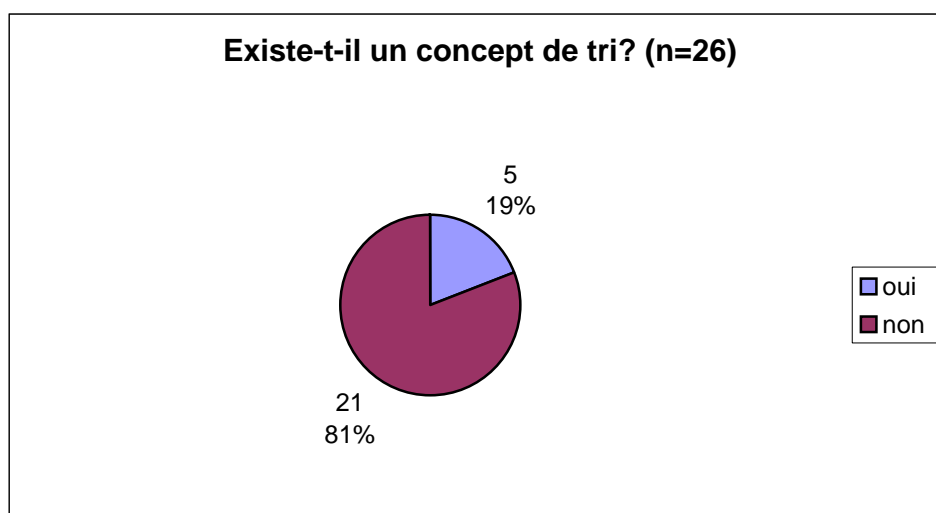


Tableau4 : mise en place du tri dans les services d'urgences

Descriptif :

Sur les 26 questionnaires reçus, 5 personnes évoquent la mise en place d'un concept de tri.

Interprétatif :

Je peux mettre en lien les différents degrés de gravité que l'on rencontre dans un service d'urgence. En effet, ces degrés se situent entre 1 et 5, mais je ne vais pas les préciser car ils ont été définis précédemment dans mon cadre de référence. Cela joue un facteur supplémentaire dans l'attente du client dans le box.

Je vais donner un exemple pour imaginer mon affirmation. Un patient qui attend dans le box et qui présente un état grippal aura effectué différents examens comme une prise de sang ou encore un examen radiologique. Cependant, si un autre patient est installé dans un box pour des douleurs rétro sternales, l'infirmière devra le prendre en charge par priorité et de ce fait s'absenter.

Une autre question peut se présenter : est-ce que le temps d'attente du patient installé dans le box est différent si le concept de tri est instauré dans le service ?

Question 3.3 : Selon vous, quelle est la moyenne du temps d'attente dans le box d'un patient se présentant pour des douleurs abdominales évaluées degré 3 (soit délai d'installation 60min) dès le moment où il est installé jusqu' au moment de sa sortie ou de son transfert ?

Descriptif :

Sur les 26 questionnaires reçus, j'ai fait une moyenne entre les différentes réponses données. Je constate que la moyenne du temps d'attente dans le box est de 2heures, soit 120 minutes.

Interprétatif :

Le temps d'attente est différent d'un patient à l'autre, d'une situation à une autre. Cependant, la plupart des patients suivent le même parcours. D'une fois qu'il est installé, l'infirmière procède à un recueil de données, exécute différents examens comme une prise de sang, la pose d'une voie veineuse ou un électrocardiogramme pour permettre au médecin de poser un diagnostic médical. Dès lors où le patient a subi tous les examens demandés, il va attendre les résultats, une ordonnance médicale, un certificat et une permission de sortie.

Question 3.4 : que faites-vous pendant ce temps ?

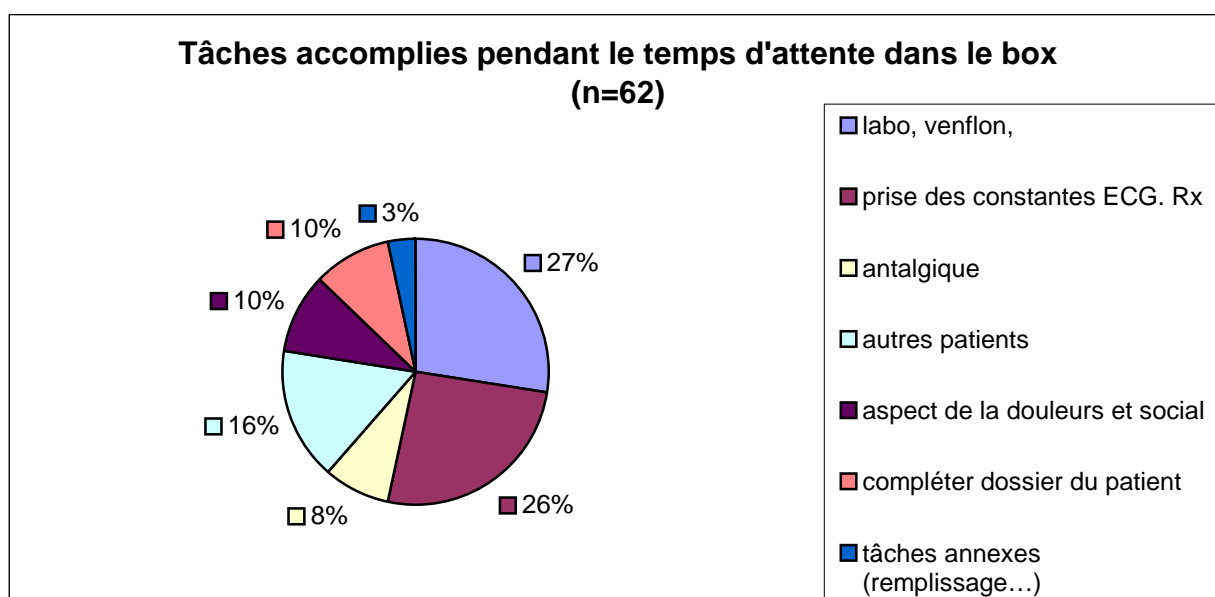


Tableau 5 : occupations des soignants pendant que le client attend dans le box

Descriptif :

Pour cette question ouverte, les infirmières devaient citer 3 réponses au minimum.

Je constate que les soins, comme la prise des paramètres (prise de la tension, pulsation, fréquence respiratoire...), les prises de sang, pose d'une voie veineuse électrocardiogramme, sont majoritairement ressortis. La prise en

charge des autres patients dans le service occupe une grande partie du temps des infirmières lorsqu'il faut attendre un médecin ou autre. Puis 6 personnes ayant répondu au questionnaire soit, 10% des soignants évaluent le degré de la douleur et l'aspect social du client contre 8% qui administre un antalgique. Les tâches annexes comme le remplissage du matériel sont peu citées dans le quotidien des personnes interrogées.

Interprétatif :

Grâce à ces réponses il est ressorti que les soignants retournent auprès du client installé dans son box afin de réaliser les différents examens comme la pose d'une voie veineuse ou une prise de sang qui a été demandée par le médecin. De plus, ils évaluent la douleur du client et tiennent compte de l'aspect social de la personne.

En effet, l'être humain est une entité et elle doit être pris en charge non seulement au niveau biologique mais aussi au niveau social. Le soignant doit prendre en considération l'aspect social, biologique, spirituel et culturel de l'individu. Cet aspect est très peu développé dans mes cadres de références, cependant, je peux relever que l'être humain devrait être satisfait dans 14 de ses besoins fondamentaux que cite Virginia Henderson et qui peuvent être répertoriés dans les aspect bio-psycho-social-spirituel- et culturel.

En effet, une jeune femme arrivant aux urgences suite à un accident de la voie publique et nécessitant une transfusion sanguine, peut se retrouver à refuser cet acte en raison de sa spiritualité. Cependant, si sa vie est en danger, elle recevra son concentré érythrocytaire. L'infirmière peut se retrouver accusée de non-assistance à personne en danger si elle ne procède pas à la transfusion sanguine déléguée par le médecin. Cette situation relève d'un aspect juridique et éthique qui mériterait d'être approfondi mais n'intéresse pas directement ma recherche et ne n'irai donc pas plus loin.

**Question 3.5 : combien de fois retournez-vous auprès du patient
pendant qu'il attend dans le box**

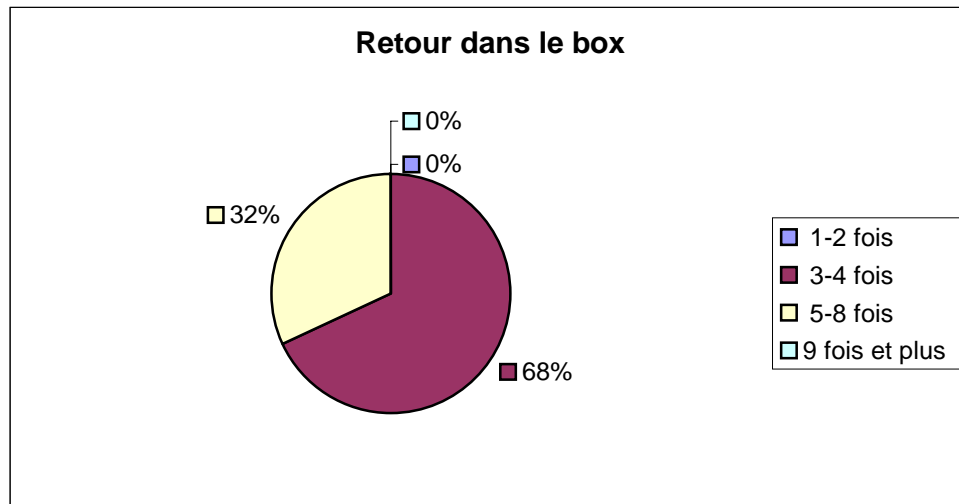


Tableau 6 : nombre de retour de la part des soignants dans le box

Descriptif :

Une seule personne n'a pas répondu à cette question. Plusieurs infirmières ont spécifiés à côté des réponses données que le passage dans les box dépendait du type de client rencontré. En général, 68% des infirmières retourne entre 3 et 4 fois dans le box contre 32% entre 5 et 8 fois.

Sur une moyenne de 2heures cela représente chaque :

- ★ 40 min pour 3 fois
- ★ 30 min pour 4 fois
- ★ 24 min pour 5 fois
- ★ 20 min pour 6 fois
- ★ 17 min pour 7 fois
- ★ 15 min pour 8 fois

Interprétatif :

Je peux la lier à la question précédente. En effet, lorsque le patient est installé dans le box et qu'il a subi les examens nécessaires pour établir un diagnostic médical, il se retrouve à attendre. Cependant, les infirmières s'assure du bien être du patient en suivant son évolution.

Question 3.6 : Lorsque le patient est en attente dans le box, a-t-il la possibilité de pouvoir vous appeler et par quel moyen ?

Oui :

Non :

Sonnette, voix, autre ?

Descriptif :

Dans les résultats obtenus les 26 personnes ayant remplis ce questionnaire, répondent que les patients ont le moyen d'appeler un soignant en cas de nécessité. 19 répondent que le patient peut appeler au moyen de sa voix et 7 répondent que le patient à la possibilité d'appeler au moyen d'une sonnette.

Interprétatif :

Je relève que dans les services d'urgences tous les patients ont le moyen de faire appel à un soignant en cas de nécessité. Cela met en évidence qu'ils ne sont jamais totalement seuls.

Cette question m'est peu utile pour l'analyse de ma recherche. Cependant, je peux la mettre en lien avec la question suivante.

Question 3. 6 .1 : Si oui, quelles en sont les demandes ?

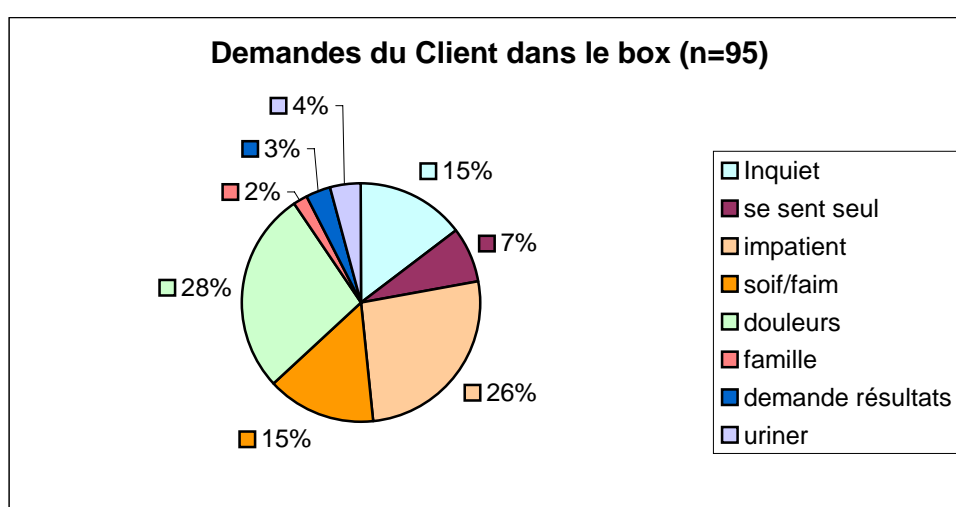


Tableau 7 : différentes demandes de la part du client installé dans le box

Descriptif :

Dans cette question, plusieurs réponses étaient possibles. Je constate que les principales demandes des patients sont majoritairement la douleur et l'impatience. Puis l'inquiétude, l'envie de boire et manger et la solitude suivent les résultats précédents. Enfin, le patient demande de manière minoritaire le résultat de ses examens, de voir sa famille ou encore de pouvoir uriner.

Interprétatif :

Une fois que le patient est installé dans son box et qu'il a subi les examens demandés par le médecin, il n'est plus seulement en **attente** des résultats ou d'un diagnostic. En effet, il présente toujours des besoins biologiques ou psychologiques. Un patient qui est arrivé pour des douleurs abdominales et qui attend en moyenne 120 minutes dans son box peut présenter des douleurs qui ne sont pas calmées par les antalgiques. Il peut également présenter une insatisfaction quant au temps d'attente dans son box et se sentir impatient. L'infirmière doit être attentive à tous ses besoins.

Question 3.6.2 : Comment répondez-vous à ses demandes ?

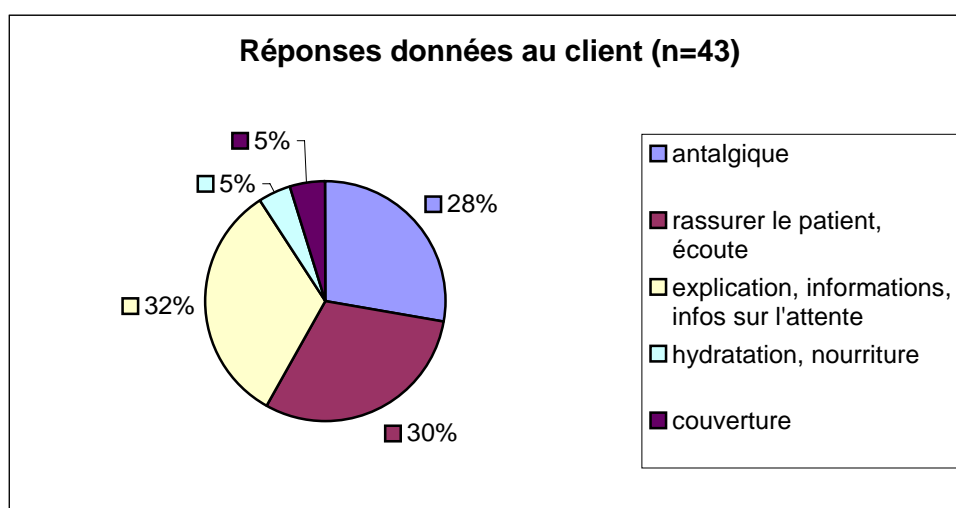


Tableau 8 : réponses données aux demandes des clients

Descriptif :

Les réponses données étaient libres et 43 réponses ont été citées. J'ai relevé les arguments donnés par les infirmières et je les ai regroupés en quatre

catégories. Ce que l'on nomme catégories²⁶ correspond aux idées forces des questionnaires, ce sont des points explicités par un vocabulaire plus ou moins important et que l'on retrouve majoritairement dans les questionnaires.

Par rapport à ses demandes, les infirmières répondent majoritairement au client par des explications précises du temps d'attente, elles les rassurent également, écoutent leurs plaintes et couvrent par l'administration sur ordre médical d'un antalgique.

Interprétatif :

Les bases de la communication sont également essentielles dans un service d'urgence. En effet, le patient qui se sent inquiet ou impatient face au temps d'attente des résultats a besoin d'une personne qui le rassure et qui lui donne des informations précises quant au temps d'attente. Ainsi il se sentira plus apaisé car un soignant aura répondu à ses besoins. Le patient n'est donc pas seul lorsqu'il attend dans son box.

D'autre part, il ne faut pas oublier de prendre en considération l'aspect de la douleur. C'est un point que je n'ai pas relevé dans mon cadre de référence mais il mériterait un vaste approfondissement sur ce qu'est réellement la douleur et comment les soignant la perçoivent-ils.

Question 3.7 : Un patient se présente pour des douleurs abdominales (douleur à 4 sur 10) d'origine inconnue degré 3, il est installé dans le box, vous êtes en train de prendre les signes vitaux. Une collègue vous demande de sortir et vous informe qu'une ambulance arrive dans 2 minutes pour des douleurs thoraciques. Que faites-vous ?

- ☐ **Vous préparez avec elle l'arrivée de l'ambulance**
- ☐ **Vous retournez auprès du patient terminer votre tâche**
- ☐ **Vous informez le patient que vous allez revenir**
- ☐ **Vous déléguez votre patient à un (e) collègue**
- ☐ **Autre :**

²⁶ Santiago Delafosse M. Rouan G. Les méthodes qualitatives en psychologie

Descriptif :

Les soignants interrogés répondent majoritairement à la proposition suivante, ce qui correspond à 15 personnes, *Vous retournez auprès du patient terminer votre tâche.* Suit ensuite la proposition avec 9 personnes : *Vous informez le patient que vous allez revenir.* 7 personnes prépare l'arrivée de l'ambulance et retourne terminer leur tâches et 4 personnes délèguent leur patient à un collègue. Cependant ils ne précisent pas la cause de leur départ auprès du client. Une personne donne la raison de son absence en spécifiant au patient qu'une urgence vitale va arriver en ambulance.

Interprétatif :

Le fait qu'une personne présente des douleurs rétro-sternales et arrive en ambulance est dans un degré d'urgence 1. Il prendra donc la priorité sur le patient déjà installé dans le box. Cela influence sur le temps d'attente de ce dernier. L'information est importante pour la suite de la prise en charge. En effet, l'infirmière doit donner des raisons claires à propos de sa soudaine absence afin que le patient puisse comprendre la situation dans sa globalité.

Question 3. 8 : Vous venez d'effectuer une prise de sang (examens simples : chimie, formule, crase) et l'envoyez au laboratoire. Combien de temps en moyenne s'écoule entre le moment où le tube a été envoyé et le moment où vous recevez les résultats ?

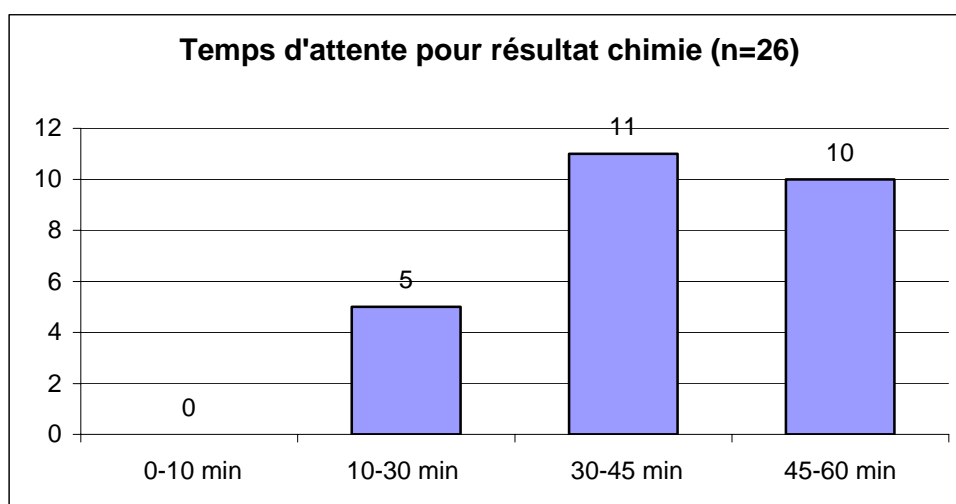


Tableau 9 : temps d'attente pour les résultats de laboratoire concernant la chimie

Descriptif :

Une réponse par question était demandée. La moyenne du temps d'attente pour recevoir les résultats d'une chimie se situe entre 30 et 60 minutes. Plusieurs personnes ont spécifié que les résultats prenaient moins de temps la nuit.

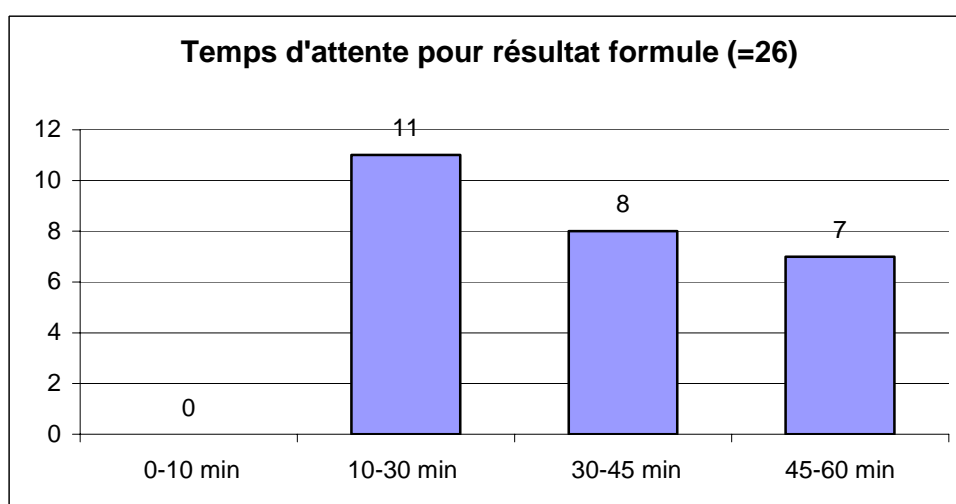


Tableau 10 : temps d'attente pour les résultats de laboratoire concernant la formule

Descriptif :

Le temps d'attente pour recevoir les résultats d'une formule sanguine prend moins de temps que la chimie. En effet, majoritairement cela prend entre 10 et 30 minutes. Cependant, certaines personnes pensent que cela prend plus de temps. 8 personnes pensent que le temps d'attente prend entre 30 et 45

minutes et 7 autres personnes pensent que le temps est de 45 à 60 minutes. Il a également été cité que les résultats prenaient moins de temps d'attente pendant la nuit.

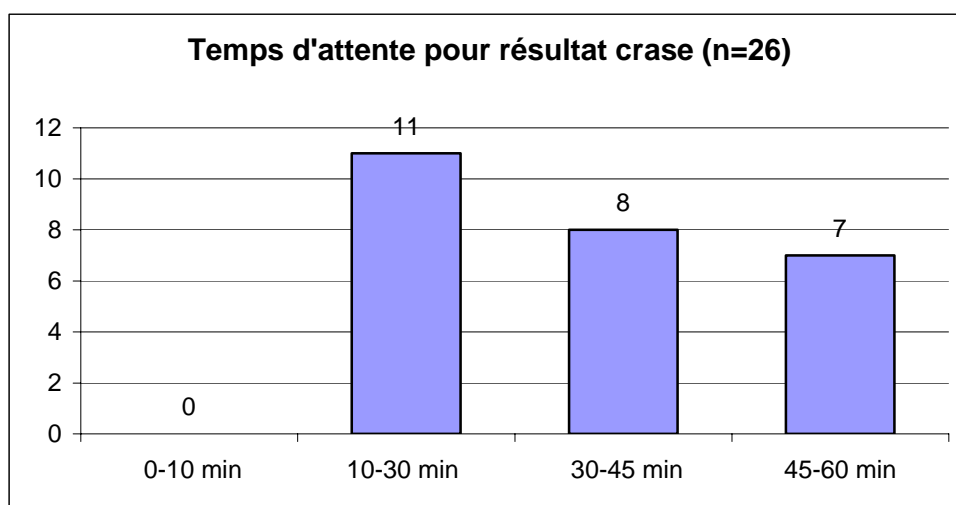


Tableau 11 : temps d'attente pour les résultats de laboratoire concernant la crase

Descriptif :

Pour cette question également, les réponses données ne sont pas fiables, il y a trop de différences entre les soignants concernant le temps d'attente pour recevoir les résultats sanguins de la crase. 11 personnes pensent que le temps se situe entre 10 et 30 min, 8 personnes pensent que le temps est de 30 à 45 min et le reste entre 45 et 60 min. Cependant comme dans les autres résultats, il a été spécifié que les résultats étaient plus rapides durant la nuit.

Interprétatif :

Ces résultats obtenus confirment l'hypothèse n° 2 que j'ai citée au début de mon travail. En effet, les résultats de laboratoires prennent généralement une heure avant d'être transmis aux soignants des urgences. De plus, le cadre de référence que j'ai élaboré suite à un entretien avec la responsable du laboratoire de l'hôpital de Sierre montre la réalité du terrain.

Cependant, il y a une distorsion entre les résultats de la chimie et ce que mettent les infirmières. En effet, cet examen prend une vingtaine de minutes pour être analysé selon la réalité du terrain du laboratoire.

C'est pourquoi le patient attend si longtemps dans le box un soignant qui vienne lui transmettre les résultats.

Question 3.8.1 : que faites-vous pendant ce temps ?

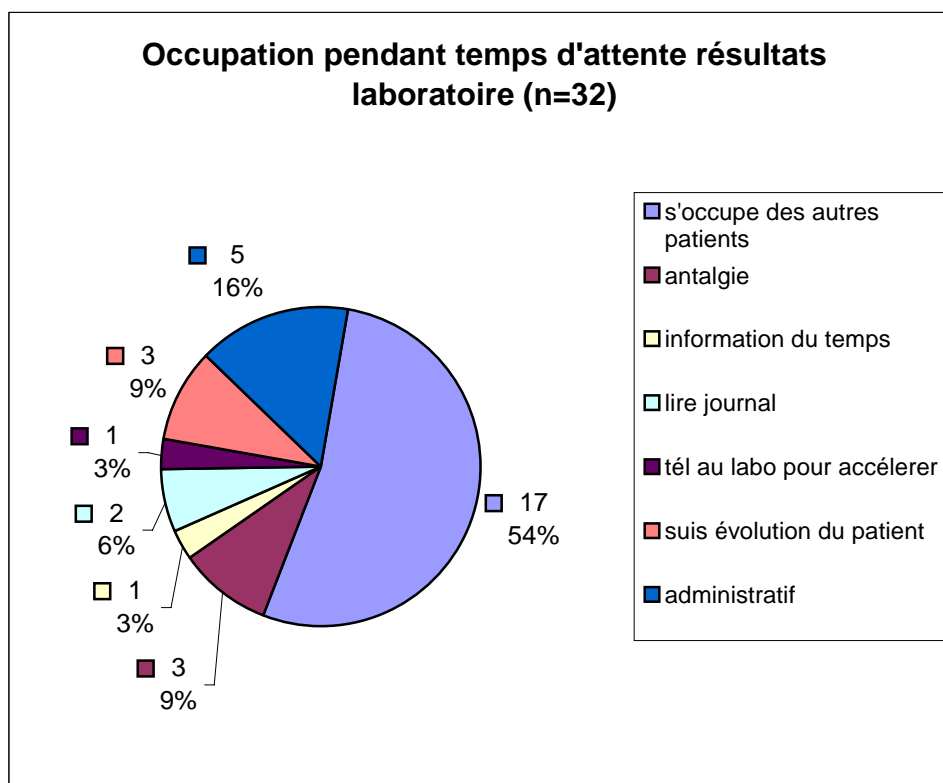


Tableau 12 : occupations des soignants pendant le temps d'attente des résultats du laboratoire

Descriptif :

Cette question ouverte regroupe plusieurs réponses données. Je les ai classées en différentes catégories. Les infirmières s'occupent principalement des autres patients présents dans le service pendant l'attente des résultats de laboratoire, cela représente 17 personnes sur 26. Je relève la remarque d'une infirmière spécifiant qu'il n'y a rarement UN SEUL patient dans le service. Viennent ensuite les tâches administratives, ce qui représentent 5 personnes sur 26, 3 personnes suivent l'évolution du patient au cours de sa prise en charge, 2 personnes lisent le journal et une minorité du personnel informe le patient sur le temps d'attente des résultats. Dans les réponses données par les infirmières, certaines ont été volontairement mises de côtés par faute de

relecture ou par des réponses n'ayant aucun sens pour l'interprétation des résultats. Une personne m'a répondu « je remplis ce questionnaires ».

Interprétatif :

Ces données vérifient certaines de mes hypothèses sur le temps d'attente que le patient subit dans le box. En effet, lorsque les infirmières sont en attente de résultats sanguins, elles doivent continuer à prendre en charge les autres patients du service qui peuvent présenter des degrés d'urgence variables.

Le fait qu'une seule infirmière transmet au patient la raison de son absence m'étonne quelque peu. En effet, l'information dans un service d'urgence est capitale pour la prise en charge du patient.

Question 3.9 : Le patient présentant des douleurs abdominales d'origine inconnue doit effectuer une radiographie abdominale.

Comment s'y rend-il ? (cochez ce qui convient)

☐ ***Seul, à pied***

☐ ***Accompagné par un soignant diplômé***

☐ ***En fauteuil***

☐ ***En lit***

☐ ***Autre***

Descriptif :

Je me rends compte après le dépouillement des questionnaires que ma question manque de précision et de clarté. En effet, dans les réponses obtenues beaucoup de soignants ont relevé que cela dépendait de l'état du patient.

Interprétatif :

Une infirmière qui doit amener un patient en radiographie peut s'absenter pendant une dizaine de minutes et ainsi il manquera une infirmière dans le service. Cela peut entraîner un facteur supplémentaire quant au temps d'attente. Cependant, ces résultats n'influencent guère mon analyse.

Question 3.10 : Qui vous informe de son retour dans le box ? (cochez ce qui convient)

- ☐ ***Vous allez le chercher vous-même en radiologie***
 - ☐ ***Le radiologue ou technicien***
 - ☐ ***Un collègue de votre service***
 - ☐ ***Personne***
 - ☐ ***Autre***

Descriptif :

Dans les réponses données, plusieurs soignants ont relevé une ou deux possibilités. Il est ressorti que 15 soignants ont répondu le radiologue ou technicien, 13 qu'ils allaient le chercher eux-mêmes, 7 par un autre collègue, 4 par le transporteur de l'hôpital, 2 où le patient revenait de lui-même et un soignant a relevé que personne n'informait le retour du patient dans le box.

Je constate que l'information est transmise au personnel soignant, il y a une collaboration au sein des différentes disciplines (Radiologie et infirmière).

Interprétatif :

Je peux mettre en lien le thème de la pluridisciplinarité et de l'information au patient. En effet, dans un service d'urgence la collaboration entre les différentes disciplines est marquée. L'infirmière travaille quotidiennement avec les médecins, la radiologie et le laboratoire.

Les transmissions entre ces différents professionnels doivent être précises et claires pour que la prise en charge du patient soit globale.

4. Contact soignant – soigné, information :

Question 4.1 : lors de la première prise en charge dans le box, combien de temps dure l'anamnèse infirmière ?

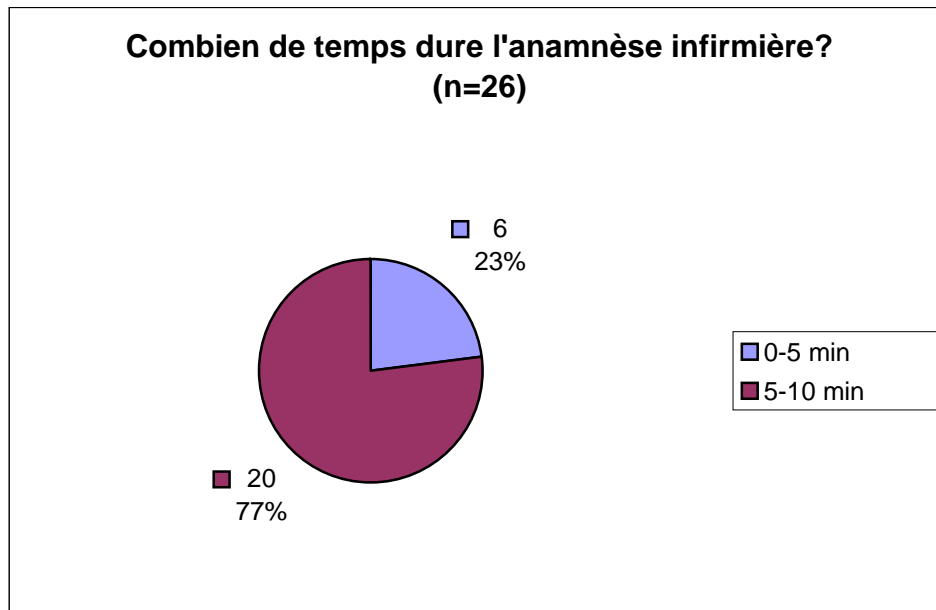


Tableau 13 : durée de l'anamnèse infirmière

Descriptif :

Sur 26 personnes ayant remplis le questionnaire, 20 répondent que l'anamnèse infirmière dure entre 5 et 10 minutes contre 6 inférieurs à 5 minutes.

Interprétatif :

Cette donnée m'est utile par rapport à l'accueil du patient dans le service des urgences pour sa première prise en charge. La relation soignant-soigné est importante pour la suite. En effet, c'est à ce moment que s'établit la confiance ou non entre le soignant et le soigné. Un manque de temps pour réaliser l'anamnèse infirmière peut porter préjudice sur la suite de la prise en charge. Le patient risque de se sentir seul.

Et en quoi consiste-t-elle ?

Descriptif :

Cette question est ouverte, ce qui inclue que les réponses sont libres. Après le dépouillement, j'ai regroupé les réponses en plusieurs catégories. Il ressort que l'anamnèse comprend pour la majorité du personnel les motifs de la venue du patient, les symptômes qu'il présente, ainsi que ses antécédents médicaux. De

plus, il est également ressorti majoritairement que les soignants s'informent sur les allergies possibles et sur les traitements médicaux que les patients suivent. Peu de personnes relèvent qu'ils s'informent sur la vie sociale du client et peu d'entre eux prennent les paramètres vitaux lors de l'anamnèse infirmière.

Interprétatif :

L'anamnèse fait partie de la première prise en charge du patient. En effet, elle englobe l'aspect relationnel par les questions posées pour établir un recueil de données complet et l'aspect des soins techniques par la pose d'une voie veineuse ou la prise des signes vitaux.

Lors de l'anamnèse, l'infirmière doit poser des questions claires et précises afin que le patient puisse transmettre les données nécessaires pour la prise en charge médicale. De plus, elle doit montrer de l'empathie vis-à-vis de ce dernier pour qu'il se sente en confiance. Tout cela fait partie des techniques de communication que je développerai plus loin.

Question 4.2 : Lorsque vous devez vous absenter pour la prise en charge d'un autre patient présentant des douleurs rétro sternales et arrivant en ambulance, que transmettez-vous au patient dont vous vous occupez ?

- ☐ ***Que vous allez revenir***
- ☐ ***Que vous vous absentez X min***
- ☐ ***Que vous devez accueillir un patient instable***
- ☐ ***Autre (précisez)***

Descriptif :

Après le dépouillement des questionnaires, je relève que 20 personnes ont répondu qu'ils devaient accueillir un patient instable, 17 qu'ils allaient revenir, 3 personnes transmettent au patient qu'il peut appeler au besoin, 2 personnes lui transmettent qu'ils doivent s'absenter X minutes et 1 personne transmet qu'il y a une urgence. Les infirmières ont répondu en inscrivant plusieurs choix de réponses.

Interprétatif :

Cette question rejoint la 3.7. En effet, l'absence de l'infirmière intervient dans le temps d'attente du patient installé dans le box. La raison de son absence doit être évoquée au patient afin qu'il puisse comprendre la situation. Je reste étonnée car l'information n'est pas transmise de manière claire et précise comme elle devrait l'être.

Question 4.3 : Lors de votre pratique quotidienne, utilisez-vous les techniques de la communication, telle que vous l'avez apprise en formation ?

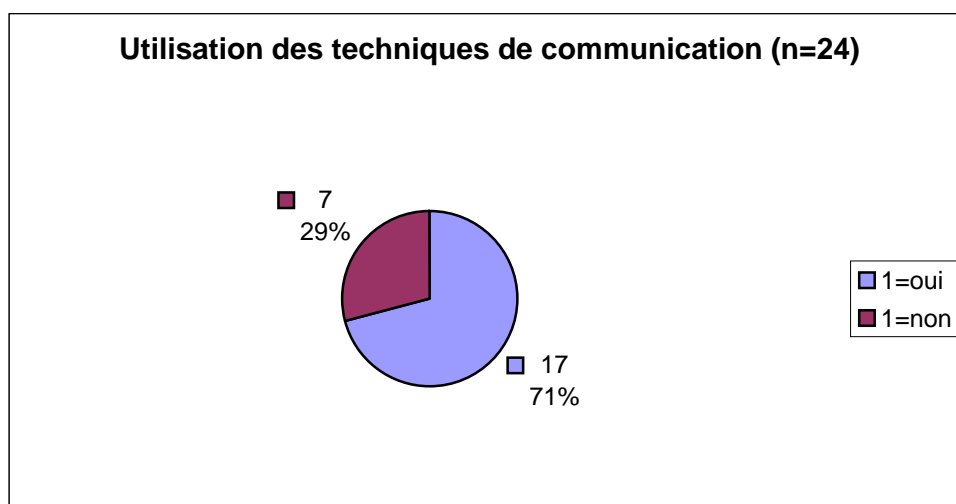


Tableau 14 : utilisation des techniques de communication de la part des soignants

Descriptif :

Sur 26 questionnaires reçus, 2 personnes n'ont pas répondu à cette question. Je constate que 17 soignants utilisent les techniques de communication apprises durant leur formation.

Interprétatif :

Je peux mettre cette question en lien avec le cadre de référence que j'ai développé pour la réalisation de mon mémoire de fin d'étude.

L'individu ne peut pas ne pas communiquer. Il va utiliser le langage verbal ou non-verbal tout au long de la prise en charge des patients.

Il y a dans la société des individus qui présente une facilité à communiquer avec les autres. Dans la formation des infirmières, des cours de communication

sont enseignés afin de faire face aux différentes situations rencontrées dans les services.

La relation d'aide, la gestion des émotions, l'empathie, la reformulation autant de thème utilisé dans la pratique quotidienne des soignants. Je reste tout de même étonnée que 29% des soignants n'utilisent pas les techniques de communication. Par manque de temps ? Par oublis ? Ou est-ce un automatisme ?

Question 4.3 .1 : Quelles techniques utilisez-vous ?

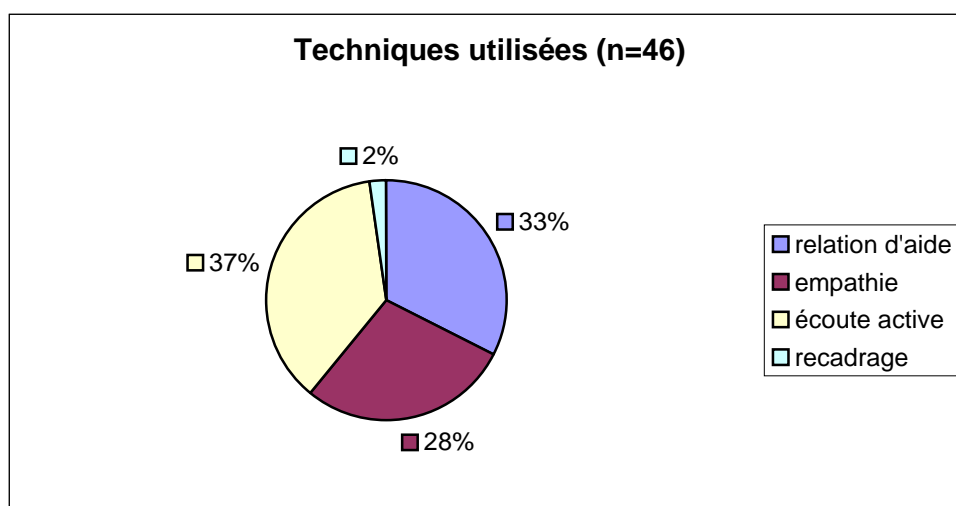


Tableau 15 : techniques de communication les plus couramment utilisées

Descriptif :

Plusieurs réponses étaient possibles dans cette question. Sur les 24 personnes qui ont répondu, 37% utilise la technique de l'écoute active, 33% la relation d'aide, 28% sont empathiques et 2% ont recourt au recadrage envers les patients. Certaines personnes ont relevé qu'elles n'avaient pas le temps d'employer les techniques de la relation d'aide dans un service d'urgence. D'autres ont répondu qu'elles n'avaient jamais appris ces techniques et qu'elles pensaient que ces méthodes étaient innées.

Interprétatif :

Dans un service d'urgence les personnes qui s'y présentent sont dans une période de crise, de stress. Ils ont mal et cherchent une personne qui soulagera leurs maux quels qu'ils soient.

Ces données permettent de visualiser que les soignants gardent les bases de la communication apprises en formation. Elles utilisent une des techniques de la relation d'aide qui est l'empathie.

8. Synthèse

Suite à l'analyse interprétative, il est possible de répondre à la question de recherche et confirmer ou infirmer les hypothèses.

Hypothèse 1

Un patient présentant des douleurs abdominales peut se retrouver à attendre la venue de l'infirmière car celle-ci s'occupe d'un patient présentant un risque pour sa vie.

Après le dépouillement et l'analyse des questionnaires, je peux affirmer que cette hypothèse est justifiée. En effet, il est rare que dans un service d'urgence il n'y ait qu'un patient.

Dans la plupart des réponses données de la part des soignants, ceux-ci mettent en évidence qu'ils s'occupent des autres patients présents dans le service.

Si un concept de tri est utilisé dans le service des urgences, les urgences de degré 1 seront automatiquement prioritaires sur les autres patients présents dans le service.

Cependant, il est utile d'informer le patient sur ce temps d'attente.

Hypothèse 2

Les résultats de laboratoire prennent souvent plus d'une heure avant d'être analysés et transmis au personnel soignant.

Par rapport aux réponses obtenues de la part des infirmières, je relève une distorsion entre la réalité du laboratoire et celle des soignants, en particulier pour la chimie. En effet, suite à un bref entretien avec la responsable du laboratoire de l'hôpital de Sierre, elle m'a affirmé que pour obtenir les résultats d'une chimie cela ne prenait pas plus de 20 minutes. Or, les infirmières relèvent entre 30 et 45 minutes.

De plus, elle rappelle que la durée pour obtenir les résultats de laboratoire peut prendre plus de temps si les soignants ont mal remplis les demandes d'examens ou que les tubes soient mal étiquetés.

Cependant, le fait qu'il y ait un temps d'attente pour recevoir les résultats de laboratoires, cela n'empêche pas les infirmières de revenir voir le patient installé dans son box

La formulation de cette hypothèse reste quelque peu incomplète et vague pour obtenir des éléments de recherche plus spécifiques.

Hypothèse 3

L'attente dépend de l'expérience du médecin, de la prescription d'une ordonnance, des résultats de laboratoire et de la venue éventuelle d'un médecin chef.

J'affirme mon hypothèse car dans la plupart des questionnaires reçus, j'ai relevé que dans les services d'urgences interrogés, les médecins chefs étaient présents seulement sur appels.

De plus, les médecins stagiaires qui travaillent dans ce service ne peuvent prescrire et signer une ordonnance médicale sans l'accord verbale et écrite du médecin diplômé. Cela augmente la durée du temps d'attente du patient.

Je peux également mettre en lien cette hypothèse avec la précédente qui touche les résultats de laboratoire.

Question de recherche

Quels sont les facteurs qui influencent le temps d'attente des patients et leurs informations dans le box durant lesquels ils se sentent seuls, ont froid, ont mal... ?

Les facteurs qui influencent le temps d'attente des patients sont :

- ★ La venue d'autres patients dans le service
- ★ L'attente des résultats de laboratoire

★ La venue d'un médecin-assistant ou chef dans le service.

Comme je l'ai cité précédemment, le patient se retrouve à attendre des résultats de laboratoire pendant la prise en charge. Cela va permettre au médecin de poser un diagnostic médical et ainsi lui prescrire un traitement. Enfin, le patient pourra rentrer à domicile.

De plus, un patient qui se présente aux urgences pour un problème de santé X devra, obligatoirement ATTENDRE. Attendre des résultats de laboratoires, attendre la venue d'un professionnel, attendre le diagnostic médical et attendre sa sortie.

Comme je l'ai citée dans mon cadre de référence, l'information fait partie du processus de la communication. Elle peut se retrouver brisée. En effet, il peut y avoir des obstacles dans la relation entre le soignant et le soigné. L'infirmière, qui doit s'absenter du box pour accueillir un patient ayant un risque pour sa vie, va interrompre la relation.

Après cette analyse et les réponses données par les infirmières, je me demande si les patients se sentent réellement seuls une fois qu'ils attendent les résultats, installaient dans le box. Ce point mériterait un questionnaire auprès des patients.

9. Conclusion

Finalement arrive la conclusion, qui traite des différents bilans en émettant, tant que possible, un regard critique sur ce mémoire.

Bilan personnel

Lorsque j'ai appris que je devais réaliser un mémoire de fin d'étude pour l'obtention de mon diplôme, je ne me rendais pas du tout compte de l'ampleur d'un tel travail. En effet, cette dernière année d'étude a été très riche mais également très prenante. Les travaux en cours ainsi que les stages m'ont demandé un investissement personnel important et ce travail bien plus encore. J'ai appris à être plus rigoureuse et régulière même si j'ai mis en place ces moyens d'étude que tard dans la réalisation de ce mémoire. Bien entendu, si je pouvais y changer quoique ce soit, je m'y prendrais bien plus tôt.

Ce travail a quelque peu changé ma représentation des urgences, également de par le stage que j'ai effectué aux urgences. J'avais, malheureusement, une représentation de ce service fortement négative. Je me posais souvent la question « *mais qu'est-ce qu'ils font dans ce service pour que j'attende des heures installée dans mon box ?* ». Je pensais sincèrement que les infirmières ne « faisaient rien » pendant ces moments qui, du point de vue du patient, paraissent interminables. Avec le recul que je peux avoir à présent, je me rends compte que mon jugement n'était pas fondé. Je suis désormais plus à même de reconnaître le travail effectué aux urgences.

Grâce à la réalisation de ce travail j'ai développé une compréhension sur ce qu'était le rôle de l'infirmière aux urgences en identifiant les facteurs qui influencent le temps d'attente notamment. J'ai acquis une vision des urgences plus ouverte, ce qui me servira lors de mes prochaines expériences en lien avec ce milieu.

Malgré les nombreux problèmes rencontrés lors de la rédaction du mémoire de fin d'études, j'ai toujours gardé ma motivation. En effet, j'ai été confrontée à plusieurs difficultés, mais je n'ai jamais baissé les bras. C'est ainsi que je peux affirmer, avec une certaine fierté, que ce travail a été très enrichissant pour moi.

Bilan méthodologique

Lorsqu'il nous a été demandé de choisir un thème pour le mémoire de fin d'étude, je n'ai rencontré aucune difficulté quant au choix. Pour moi, il était clair que je traiterai les urgences. Puis, je me suis très vite aperçue que le thème des urgences était un domaine très vaste et que cela offrait beaucoup de possibilités. Je me suis alors centrée sur un problème que je connaissais personnellement, *l'attente aux urgences*. Encore une fois, il fallait que je cible plus précisément le thème de ma recherche. J'ai donc choisi de traiter de l'attente aux urgences mais dans le box.

Lorsque j'ai commencé des recherches littéraires, une des plus grandes difficultés a été de trouver des sources traitant des urgences. En effet, il existe de nombreux livres qui décrivent les gestes à accomplir en cas de situations urgentes, mais peu explicitent ce qu'est le service des urgences et le rôle propre de l'infirmière. Je me demande encore à l'heure actuelle pour quelles raisons ?

Si ce n'est ce manque de littérature sur les urgences en général, la rédaction de mon cadre de référence s'est assez bien déroulée. Je pense avoir synthétisé de manière adéquate les différentes théories, c'est-à-dire, suffisamment pour que la théorie en général soit compréhensible et qu'elle éclaire mon analyse.

Ensuite, la création de mon outil de recherche, le questionnaire, m'est parue logique. Je l'ai élaboré plus ou moins rapidement car je savais très clairement les questions que je désirais poser. Il se compose de questions ouvertes et fermées, touchant des points importants pour mon recueil de données.

Le choix de cet outil se justifie par le fait que les éléments bruts qui devaient être réunis étaient clairs et délimités, aussi, souvent, une question fermée suffisait. Puis, mon thème n'est pas exactement centré sur le ressenti ou les émotions, ce pour quoi, j'aurais choisi un autre outil de recueil de données, comme les entretiens par exemple.

L'avantage des questionnaires est que l'on peut augmenter l'échantillon de personnes questionnées et avoir ainsi un plus grand panel de réponse, mais également des réponses qui se retrouvent plus fréquemment, soit une plus grande pertinence significative. Le point faible de mon questionnaire réside

sûrement dans le fait que plusieurs questions, comme nous l'avons vu dans l'analyse, sont « inutiles » pour ma problématique. Je pense que cela est dû au fait que j'avais à l'esprit une problématique encore très large lors de son élaboration et que je ne voulais surtout pas perdre des informations. Je pensais qu'il était mieux d'avoir plus de données que d'en manquer.

Aujourd'hui, je vois déjà que cette idée était a priori non fondée. Un réajustement à envisager serait de cibler de façon pertinente les questions d'une recherche.

L'enquête sur le terrain a connu également quelques embûches. En effet, les milieux que je désirais interroger n'ont pas tous répondu positivement à ma requête, ce qui m'a valu de repousser encore d'un certain temps l'analyse. Je sais que les soins en général sont souvent sollicités pour participer à des enquêtes et des travaux de recherche, aussi je peux comprendre qu'il y ait une certaine désolidarisation. Cependant, ces réponses négatives ont été déstabilisantes et pesantes à ce stade de mon travail. L'analyse se faisait pressante, la date de dépôt de mémoire n'était plus très loin. Pour combler ce point, j'ai alors sollicité d'autres milieux pour atteindre un nombre de questionnaires envoyés qui me paraissait pertinent.

L'analyse en elle-même a été une partie très intéressante pour moi. En suivant la trame des questionnaires, j'ai pu avoir une structure logique dans le traitement des données brutes. Les éléments que j'ai pu mettre en avant dans ce chapitre m'ont surpris et c'est ce qui m'a plu. J'ai pu finalement en tirer les conclusions résumées dans la synthèse. Le fait que les questionnaires en retour n'étaient que de 26 sur 75 constitue une limite de mon travail. En effet, je pense qu'en ayant plus de participants, d'autres éléments auraient pu ressortir.

D'autre part, je relève que l'analyse fut difficile, car dans la réception des questionnaires, j'ai remarqué que les infirmières travaillant dans le même service ne donnèrent pas les mêmes réponses.

De plus, ce qui aurait été intéressant, c'est de pouvoir interroger les patients présents dans les services d'urgences afin de comparer leurs remarques avec celles des infirmières. Mais cela n'était pas possible en raison du manque de temps.

Finalement, j'aurais aimé faire une comparaison des différents services pour éventuellement mettre en avant d'autres liens entre les facteurs d'attente ou les causes liées au fonctionnement même de chaque service, mais le temps me manque. Ceci pourrait peut-être constituer un autre sujet d'étude.

Bilan professionnel

Grâce à la réalisation de ce mémoire de fin d'étude, j'ai obtenu une vision plus positive de l'infirmière travaillant dans un service d'urgence. De plus, ayant eu l'opportunité de faire un stage dans un de ces services, cela conforte mon choix de faire partie, un jour, de l'équipe des urgences.

De plus, en réalisant et analysant le questionnaire, je me suis rendue compte que mes représentations sur le service des urgences n'avaient qu'un aspect négatif sur le rôle professionnel des infirmières. Cependant, grâce aux résultats obtenus, je me rends compte qu'il y a un manque d'information quant à la prise en charge du patient et les raisons de son attente. En effet, je remarque que les infirmières transmettent bien au patient qu'elles doivent s'absenter et qu'elles vont revenir, mais ne donnent pas les raisons exactes de leur absence.

Améliorer la qualité de l'information aux patients pour qu'ils puissent comprendre les raisons de leur attente dans le box n'est-il pas un élément à approfondir ? Le patient n'a-t-il pas le droit de savoir réellement les raisons de son attente ?

L'information fait partie du processus de la communication, or dans un service d'urgence celle-ci est capitale. En effet, le manque d'information peut générer de l'angoisse, de la peur ou même de l'agressivité.

Pour pouvoir exercer son autonomie et sa liberté il se doit d'être informé pour pouvoir prendre les décisions qui le concernent. N'oublions pas que c'est SA vie qui est en jeu.

Mon travail de recherche apporte peu dans la pratique des soignants. En effet, le thème des urgences reste un sujet très délicat à traité. La médiatisation d'aujourd'hui renvoie une image négative de ce service.

Par contre, ce travail m'a apporté des capacités de questionnement et une grande richesse quant aux informations obtenues dans mes cadres de référence.

De plus, avec la réalisation du mémoire de fin d'étude, je peux mettre en lien certaines compétences infirmières comme :

Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins. Lors de la réalisation de ce travail, j'ai pu vérifier la théorie reçue à propos de la communication et pris conscience que les relations avec le patient sont d'une importance capitale tant pour l'infirmière que pour le client.

Evaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions. En effet, tout au long de ce travail, je me suis remise en question quant à la pertinence de mes recherches et le thème choisi. Au fil du temps, j'ai dû, à plusieurs reprises, effectuer des modifications importantes sur mon mémoire de fin d'étude.

Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires. Grâce à la réalisation de ce travail, j'ai développé d'importantes facultés au niveau de la recherche et de la méthodologie.

Arrivé au terme de ce travail un certain nombre de questions restent en suspens.

Qu'est-ce qui fait que les personnes ayant recours aux prestations des urgences sont, dans la plupart des cas, insatisfaites de leur prise en charge ? (Je me base sur les dires de mon entourage et une étude sur la satisfaction des patients a été démontrée. Malheureusement, je n'ai pu l'obtenir.

De plus, comment pourrait-on améliorer le temps d'attente aux urgences ?

Que cherchent les infirmières travaillant dans un service d'urgences ? Est-ce urgences de degré 1 ?

N'y a-t-il pas un manque de motivation de la part des soignants lorsqu'un patient se présente pour un état grippal ?

Autant de questionnement pouvant faire l'objet de plusieurs recherches.

Bibliographie

Littérature

- Dictionnaire, le petit Larousse, Paris, 1992
- Dictionnaire, petit Robert 1, Paris, 1995
- Josette Bourgon, l'information du malade à l'hôpital, Ed le Centurion, 1977
- MYERS, *les bases de la communication humaine*, 2^e édition, McGraw – Hill, Editeurs, Montréal, 1990
- OLIVE GOULET ET CLEMENCE DALLAIRE, *Soins infirmiers et société*, ed. Gaëtan Morin, 1999
- VIRGINIA HENDERSON, *principes fondamentaux des soins infirmiers*, révisé en 1969

Revues

- DIVORNE Line, démarche de tri : outils de tri existants, SFMU-SAMU, cours supérieur infirmier, Paris, urgences 2003
- DIVORNE Line et P—F Unger, formation en soins d'urgence pour les infirmières, 58^E ANNEE, 15 Août 2000
- DIVORNE Line, accueil, Urgences, *Les urgences : lieu de formation paramédicale et de recherche en soins infirmiers*, volume 1, N°2, Mai 2000
- DORTIER J-F, « sciences humaines » *Grandeur et servitude de la vie quotidienne*, N° 88 nov. 1998
- FORMARIER Monique, formateur ARSI, méthodologie, approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité, décembre 2003
- HAUTE ECOLE SANTE-SOCIAL VALAIS. *Référentiel des compétences de la filière Infirmiers-Infirmières*. In : Dossier de l'étudiant. Sion : 2005
- HEVS2, Soins aigus 2, soins d'urgence, *de la globalité à la spécificité du rôle professionnel attendu en soins d'urgence*, cours post-grade janvier à décembre 2007
- HEVS2-Haute Ecole Valaisanne Domaine Santé & Social, *Questionnaires*, Emmanuel Solioz FSP, 2007
- PLOMPTEUX Christophe, infirmier gradué spécialisé en soins intensifs et aide médicale urgente, *L'admission aux urgences : améliorer l'accueil par les entretiens de fonctionnement*, volume 1, N°3, Septembre 2000.
- SOINS CADRES, L'information des patients, vers de nouvelles exigences, n°60, novembre 2006

Cyberographie

- Accueil et traitement des urgences, [en ligne] Adresse URL : <http://www.wikipedia.org> (page consultée le 12 avril 2007)
- DOCTISSIMO, [en ligne]. Adresse URL : http://www.doctissimo.fr/html/santé/imagerie_sommaire.htm (page consultée le 11.05.2007)
- UCL. *Université catholique de Louvain*. [En ligne]. Adresse URL : <http://www.hytr.ucl.ac.be> (page consultée le 02.07.2007)
- Jean-Marie MANTZ et Francis WATTEL *Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.academie-medecine.fr> (page consultée le 02.07.2007)

10. Annexes

- Questionnaire
- Lettres, demande d'envoi des questionnaires et délai de restitution
- Référentiel des compétences
- Échelle de tri Valaisanne

Seghezzi Géraldine
2007
Av. tourbillon 32
1950 Sion
076/596.41.82

Sion, le 12 juin

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Etudiante en soins infirmiers au centre Hevs2 à Sion, je poursuis ma dernière année de formation. Pour l'obtention du diplôme, je réalise actuellement un mémoire de fin d'étude.

Mon sujet se base sur le thème des urgences et plus précisément sur l'attente d'un patient dans le box.

Ma question de recherche est : *Une fois le patient installé dans le box d'un service d'urgence, quels types d'informations reçoit-il dans sa prise en charge?*

Je vous adresse ce questionnaire qui me permettra de récolter des données pour mon travail. Cet outil est primordial pour la rédaction de celui-ci, c'est pourquoi je vous remercie d'avance pour votre collaboration.

Merci de bien vouloir le remplir pour le 25 juin 2007, et de me le faire parvenir dans l'enveloppe ci-jointe.

Je souhaite préciser que toutes les données recueillies seront traitées confidentiellement et les questionnaires seront détruits après l'utilisation, soit en septembre. Je tiens à mentionner que votre participation m'est précieuse pour mon analyse.

Je reste à votre entière disposition pour tout renseignements complémentaires et vous remercie d'avance pour l'intérêt que vous porterez à mon document.

Seghezzi Géraldine